

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

132

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS (*Mention Médecine*).

PAR

Mlle N. PIATNIZKY.

Née à Protopopovo (Russie), le 13 août 1879.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE RIGA

(Production sublinguale de Fede)

Président : M. KIRMISSON, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N^o 132

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS (Mention Médecine).

PAR

M^{lle} N. PIATNIZKY

Née à Protopopovo (Russie), le 13 août 1879.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MALADIE DE RIGA

(Production sublinguale de Fede)



Président : M. KIRMISSON, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		WIDAL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD
		ROGER.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GILBERT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		HUTINEL.
Clinique des maladies nerveuses.....		GAUCHER.
		BALLET (Gilbert).
		N.....
Clinique chirurgicale.....	}	QUENU.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.....		SEGOND.
Clinique des voies urinaires.....		DELBET (Pierre).
		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....	}	ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique gynécologique.....		BAR.
Clinique chirurgicale infantile.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique thérapeutique.....		POZZI.
		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT.	RATHY.
BERNARD (Léon).	DUVAL (Pierre).	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GREGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	GUILLAIN	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET.	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	OMBREDA.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation,

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur KIRMISSON

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE DOCTEUR COMBY

*Qui m'a si aimablement accueillie
dans son service et guidée de ses
conseils.*

A M. LE DOCTEUR BROCA

*Qui a eu l'extrême obligeance
de me confier ses observations pour
la rédaction de cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS CHAUFFARD, RECLUS, DIEULAFOY,
BAR, HUTINEL.

M. LE DOCTEUR SCHWARTZ.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — HISTORIQUE

Définition. — *La MALADIE DE RIGA est une affection du jeune âge, caractérisée par l'apparition sur le frein de la langue, ou à son voisinage immédiat, d'une petite tumeur assez dure, ulcérée, recouverte de fausses membranes et située généralement en regard des incisives médianes inférieures, qui semblent jouer un rôle important dans sa pathogénie.*

On ne peut vraiment conserver à cette maladie le nom de MALADIE DE RIGA. Cet auteur décrit comme associés l'un à l'autre la petite lésion buccale et un complexe morbide d'une extrême gravité. Cette association n'étant que très exceptionnellement réalisée, il est illogique de continuer à désigner sous le nom de *Maladie de Riga* la bénigne lésion locale qui, dans la majorité des cas, constitue toute l'affection.

Pas plus que le nom de *Maladie de Riga*, ne paraît justifier le nom de *subglossite diphtéroïde*, donné par M. Comby. Il ne s'agit nullement d'une inflammation sublinguale ; ce terme s'applique mal à des lésions aussi peu étendues que celles que nous étudions, et évoquerait plutôt une infiltration inflammatoire diffuse de toute la région sublinguale. Il s'agit, non d'une

maladie de la région sublinguale, mais d'une maladie dans la région sublinguale.

Nous désignerons plus volontiers cette affection sous le nom que lui a donné Fede de « *produzione sotto linguale* » de PRODUCTION SUBLINGUALE, terme qui a le mérite d'éveiller l'idée d'une lésion bien localisée et de ne présumer en rien de la signification et de la pathogénie de la maladie.

Historique. — On pense retrouver dans Celse une phrase semblant viser la production sublinguale, phrase partout citée : « *Verum ea longe periculosissima sunt ulcera, quae αφθας Greci appellant, sed in pueris ; hos enim saepe consumunt* ». C'est là d'ailleurs une indication bien vague, dont on n'a vraiment pas le droit de faire état, d'autant plus que, par le mauvais pronostic qu'elle porte, elle n'est nullement d'accord avec les faits que nous avons relevés.

D'après Gazzotti et Taupin, Billard et Bretonneau, auraient connu cette maladie sans en faire une entité morbide spéciale.

Urbano Cardacelli (1857) l'aurait décrite sous le nom d'*aphte cachectique*.

Ridola (1872), la mentionne dans une note au livre de Wertheimer sur la diphtérie et en fait une *nécrose par compression*.

Pandolfi (1875), la décrit sous le nom de *petit néoplasme fibreux perlé*.

Riga (1881), croit signaler le premier « *cette néomembrane de couleur perlée due à une infection interne* ». Le nom de l'auteur reste à la maladie.

Chiarello (1881), en fait une *ulcération de cause mécanique* et qui peut se recouvrir de produits diphtéritiques.

De Marini (1882), la désigne sous le nom de *production hypesarcosique*.

Semma (1882), décrit une *pseudo membrane sublinguale* liée à une véritable inflammation limitée du derme de la muqueuse buccale avec dépôt d'exsudat fibrineux.

Fede y consacre à partir de 1890 tout une série de travaux et lui donne l'excellent nom de « *produzione sottolinguale* » que nous lui conserverons.

Depuis, a paru sur cette affection toute une série de travaux ; nous citons ceux de Poncetti, Pianese, Gianelli, Franzi (1902), Frineni (1903), Callari (1900), Capuccio, Petrucci (1902), Fedele, Mya, Guida, Audard, Letulle, Dufournier, Brun (1895), Meynier, Israël, Orth (1903), Deutsch, etc...

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Age. — La production sublinguale est une affection du jeune âge ; elle atteint le plus souvent des enfants âgés de 7 à 15 mois (21 cas sur 27) c'est *surtout vers le 10^e mois* qu'elle se manifeste.

Trois fois elle est apparue avant ces dates (à 2 mois 1/2, 3 et 5 mois) et trois fois après (à 19 mois, 2 ans et 4 ans).

Sexe. — Elle n'a de prédilection pour aucun sexe et frappe indifféremment garçons et filles.

Antécédents de l'enfant — Quelquefois elle survient chez un enfant parfaitement sain dont les antécédents personnels et héréditaires sont excellents (Riga) ; mais souvent elle est précédée par une autre affection, dont la nature et la gravité varient beaucoup. Memmi et Gianelli l'ont signalée au cours d'une *stomatite* ; mais pour la plupart des auteurs, les lésions de stomatite concomitante seraient rares.

Le plus souvent la production sublinguale apparaît au cours d'une affection des voies respiratoires ou du tube

digestif, qu'il s'agisse d'une affection légère ou très grave.

On l'a aussi bien observée à la suite d'un *rhume*, d'une *bronchite légère* (Comby), d'une *coqueluche* (Berti), d'un *embarras gastrique léger*, qu'au cours d'une *broncho-pneumonie* ou d'une *gastro-entérite* à forme grave. — Dans les maladies à évolution lente, elle survient à une époque variable de leur développement soit au début, soit assez souvent, lorsque l'enfant est dans un état marqué d'*athrepsie* et de *cachexie* (Sammone, Semma).

Elle se manifeste assez fréquemment chez les enfants cachectiques, mais pas plus fréquemment que chez les enfants dont l'état général reste bon.

Hérédité. — Certains auteurs font jouer un rôle à l'hérédité ; Fede (sans y conclure d'ailleurs) cite des cas familiaux ou cinq frères et sœurs furent successivement atteints par cette affection ; pour Malinovski l'affection pourrait être *congénitale*.

Fréquence. — La production sublinguale est une affection assez rare, ou du moins assez rarement décrite ; car si on la recherchait avec soin, il est probable que cette rareté serait moins apparente, beaucoup de cas bénins peuvent passer inaperçus.

Distribution géographique. — Mais ce qui est très particulier, c'est la *distribution géographique* de la maladie ; alors qu'elle est relativement rare en France ou depuis une dizaine d'années on n'en a publié qu'une dizaine de cas, exceptionnellement rare dans les pays de

langue allemande, où dans le même laps de temps n'en ont été publiés que 4 ou 5 cas (Capuccio), en Italie au contraire, elle est très fréquente et non dans toute l'Italie, l'Italie septentrionale en est indemne, mais *dans les provinces du sud, dans la Campanie, les Abruzzes, les Pouilles* ; dans l'Italie du nord l'affection est au moins aussi rare que dans le reste de l'Europe.

S'agit-il d'influences climatériques particulières, ou de la nécessité d'un milieu ethnique spécial, c'est ce qu'il est impossible de dire et l'on ne peut qu'enregistrer les faits.

Saison. — Le plus souvent, c'est pendant la *saison chaude* que la maladie fait son apparition. Cependant on la voit se développer encore pendant les autres saisons.

Milieu, Alimentation. — On a recherché quel pouvait être le rôle de l'alimentation, du milieu social, de l'habitation, dans l'étiologie de la maladie et l'on est arrivé aux conclusions suivantes :

Les enfants soumis à *l'allaitement artificiel* sont le plus souvent indemnes ; la production sublinguale n'apparaît guère qu'au cours de *l'allaitement au sein*, ou de *l'allaitement mixte*. Les enfants sevrés sont rarement atteints. Les enfants mal nourris, soit insuffisamment, soit en dehors de toute règle hygiénique, sont plus souvent frappés ; mais dans beaucoup de cas des enfants copieusement et hygiéniquement nourris sont également atteints.

On a incriminé de mauvais soins hygiéniques, la malpropreté de la bouche,

Riga a observé que les enfants de la campagne étaient plus souvent atteints que ceux des centres, les enfants de paysans plus souvent que ceux des ouvriers, ceux des ouvriers plus souvent que ceux de la classe aisée. Cependant l'affection sévirait aussi dans les villes, contre les enfants élevés dans de trop mauvaises conditions hygiéniques (Riga).

Telles sont les causes très générales que l'on peut relever à l'affection sublinguale ; on voit qu'il y règne une confusion relative, quelques données sont contradictoires.

De tout ce qui précède, deux choses surtout doivent être retenues. Ce sont ;

1° *La rareté relative de la maladie.*

2° *Sa distribution géographique particulière.*

Ce sont deux faits bien établis, indiscutables, et l'on verra comme ils vont nous gêner, quand nous nous proposerons de pénétrer profondément dans le mécanisme même de l'affection.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Deux théories sont actuellement en présence : L'une incrimine l'infection, l'autre le traumatisme. Avant d'entrer dans les détails de ces deux théories, citons simplement pour mémoire les opinions qu'eurent quelques auteurs sur la pathogénie de la maladie.

Pandolfi voyait dans la production sublinguale une forme de *pseudo-leucémie*, de Marinis un *processus carcinomateux*, Bergonzini un *épithélioma*.

Ecartant ces hypothèses contre lesquelles s'élèvent les faits cliniques et anatomiques bien observés, arrivons aux deux théories principales.

Théorie de l'infection. — Nous étudierons d'abord les arguments en faveur de cette théorie, puis les arguments à elle opposés.

Des deux hypothèses en présence, elle est la plus ancienne ; on voulut voir dans ce que l'on décrivait sous le nom d'aphte cachectique, de Maladie de Riga, une infection d'un caractère particulier, extrêmement grave, « à type défini et dont on aurait voulu fixer les lois évolutives et même le droit de transmission héréditaire. »

Cardarelli examinait toujours le frein de la langue avant de prendre du vaccin sur un enfant.

Tauri observa un cas où une mère infecta plusieurs enfants avec cette maladie.

Pianese est de cet avis et n'accepte aucune nourrice dont l'enfant soit atteint de maladie de Riga.

Du fait de sa distribution géographique on put croire qu'il s'agissait d'une maladie endémique.

Pour Gazzotti, Pianese, Riga, Rosi, il y aurait une certaine analogie entre la diphtérie et la maladie de Riga ; la fausse membrane de la diphtérie n'étant l'effet que d'une maladie générale, ces auteurs font également de la production sublinguale l'effet d'une infection générale ; ils s'appuient encore sur ce fait que la maladie ne se rencontre qu'en Italie.

A cette théorie de l'infection s'oppose formellement la majeure partie des auteurs.

On ne put jamais isoler de microbes pathogènes, les recherches de Callari, Pianese, Nota, Bocendi, Giane, Concetti, les vingt examens bactériologiques de Fede furent infructueux.

Beaucoup d'auteurs, Riga lui-même, pensent que la maladie n'est pas contagieuse.

Cannarsa libéra un ankyloglosse avec des ciseaux sales grâce auxquels il avait immédiatement auparavant extirpé une production sublinguale et ne provoqua aucun accident (Deutsch).

Enfin le fait que dans la production sublinguale on rencontre des polynucléaires éosinophiles s'oppose encore à la théorie microbienne. On sait en effet que les polynucléaires possèdent vis-à-vis des microbes un chimiotactisme négatif (Meynier, Frizzoni).

Théorie mécanique. — A la théorie de l'infection

s'oppose la théorie plus généralement admise du traumatisme ; l'agent du traumatisme serait : soit les *incisives inférieures*, soit le *rebord gingival dur et bosselé*, sur lesquels viendrait frotter rudement la langue de l'enfant, soit lorsqu'il tousse, soit lorsqu'il *tette*, et surtout qu'il tette *difficilement*, soit lorsque par une simple habitude il *maintient souvent sa langue hors la bouche* en lui imprimant des mouvements.

Examinons les divers facteurs invoqués. On a cru longtemps qu'il fallait que l'enfant eut des dents pour que se produisît la maladie de Riga. On incriminait des incisives à bords tranchants, dentelés, à angles aigus ou encore mal implantées, à tranchant dirigé en arrière et menaçant pour le frein. Et le plus souvent, en effet, on trouve une relation entre l'état des incisives médianes inférieures et l'apparition de la maladie. Souvent la production sublinguale apparaît immédiatement après les premières dents (*obs. 3, 5, 13, 15, 19*) mais souvent aussi elle apparaît beaucoup plus tard : 1 mois 1/2 (*obs. 23*), 2 mois (*obs. 2, 7, 9*), 3 mois (*obs. 15, 16, 21*), 3 mois 1/2 (*obs. 18*), 4 mois (*obs. 26*), 6 et 9 mois après (*obs. 2 et 10*). Enfin la production sublinguale peut précéder de quelque temps l'apparition des premières dents (Riga, *obs. 14*) ; on devrait alors incriminer le bourrelet gingival (Fede) qui, dur et rugueux, peut léser la muqueuse sublinguale.

Mais, contre ces deux hypothèses, une objection se présente : tous les enfants ont des dents qui pourraient entamer le frein de la langue, beaucoup ont des dents très acérées ; tous les enfants ont un bourrelet gingival ferme, beaucoup l'ont dur et bosselé, et pourtant bien peu d'enfants souffrent de la production sublinguale.

Ne l'auraient donc que ceux qui toussent ; mais les enfants toussent autant, sinon d'avantage, dans les pays septentrionaux qu'en Italie ; de plus, beaucoup d'enfants toussent qui ne l'ont pas, quelques-uns l'ont qui ne toussent pas (*obs. 3, 6, 15, 19, 20*).

Toux et production sublinguale ne sont nullement liés par des liens de cause à effet, on peut très bien voir l'une sans l'autre.

Les auteurs qui se sont occupés de la question, ont vu nettement cette contradiction. Aussi quelques-uns d'entre eux (Guida, Capuccio) ont-ils voulu faire intervenir un nouveau facteur, la difficulté de la succion : *l'allaitement paradoxal*.

Et voici ce qu'ils entendent sous ce nom :

Un enfant, soit par mauvais dressage, soit au cours d'une maladie et particulièrement d'une gastro-entérite (Capuccio, *obs. 16, 26*), prend le sein trop souvent, trop irrégulièrement et l'épuise : Il en résulte à chaque tétée un effort considérable. Or pour téter, les enfants qui étreignent le mamelon avec leurs lèvres, plient leur langue en tube pour cueillir ce mamelon ; et la langue reçoit des incisives sur lesquelles elle s'appuie un traumatisme négligeable, si négligeable qu'en regardant le frein d'un enfant qui vient de se détacher du sein, on ne voit aucune trace d'irritation (Guida).

Si la glande fonctionne mal, l'enfant augmente l'effort et exagère les mouvements de la langue et des joues ; le frein est violemment traîné sur le tranchant des incisives avec des mouvements brusques, avec le va et vient d'une scie (Guida), ainsi commence l'excoriation et pour Guida : « La production sublinguale est la manifestation

clinique de l'allaitement paradoxal ». On peut aussi voir la production sublinguale se développer : soit chez des enfants athrepsiques, diarrhéiques dont la soif est plus grande, qui tettent avec violence, et dont la bouche porte des lésions plus ou moins avancées de stomatite ; soit simplement chez des enfants dont la mère a des seins asséchés et taris. Une stomatite légère ou l'excitation habituelle des gencives pendant la poussée dentaire peuvent provoquer la succion désordonnée, et la mamelle ne s'assèche que secondairement. De plus, la succion peut être rendue plus difficile encore par la conformation du mamelon : La succion sur un mamelon allongé est facile, sur un mamelon court beaucoup plus difficile et elle exige beaucoup plus d'efforts.

Cette manière de voir, avancée et défendue par Guida, a été loin de rallier tous les suffrages des auteurs.

Capuccio, qui qu'il ait publié deux observations qui seraient à l'appui de cette thèse, pense que si l'on doit l'adopter, ce n'est qu'avec de grande réserves ; Mya et Fede sont également de cet avis.

L'allaitement difficile ne serait qu'une cause rare de la maladie de Riga ; quantité d'enfants qui tettent facilement l'ont, quantité d'enfants pour lesquels la succion est très pénible ne l'ont pas (Fede).

De plus, la lésion peut guérir avant que l'allaitement redevienne normal ; cela paraît d'autant moins en faveur de l'opinion de Guida, que dès que la lésion apparaît, le contact des surfaces devient plus intime et le frottement du frein sur les incisives plus intense.

On pourrait toutefois admettre qu'averti par la douleur, l'enfant modifie sa façon de téter, et rentre la

langue derrière l'incisive : la mère sent alors la dent directement sur le mamelon (*obs. 16 et 26*) et cela, on peut le vérifier en abaissant la lèvre inférieure (Capuccio).

D'autre part, on peut se demander si ce n'est pas la stomatite qui, dans certains cas, a précédé les troubles de la succion, qui est la cause première de l'affection, ayant mis les tissus en mauvais état pour résister à un traumatisme jusque là bien toléré.

On pourrait également admettre que la production sublinguale peut apparaître légère et à peine marquée, en même temps que les dents et que l'allaitement paradoxal, ne ferait que l'accentuer ; il n'aurait ainsi qu'une influence secondaire (Capuccio).

C'est en s'appuyant sur tous ces faits que l'on a cru découvrir l'origine de la production sublinguale.

Mais dans combien de cas son origine reste encore obscure !

On a incriminé, peut-être à juste titre (*obs. 11 et 12*), l'habitude que peut avoir l'enfant de tirer la langue. Mais on ne retrouve ce facteur étiologique que dans bien peu de cas encore. Il n'intervient qu'à titre d'exception. Il y a tant d'enfants qui tirent la langue habituellement et si peu ont la maladie de Riga.

Donc aucun des éléments sur lequel nous pensions nous appuyer ne résiste victorieusement à la critique ; ils tombent tous devant ces deux faits :

1° *Que l'affection est rare.*

2° *Qu'elle est presque particulière au sud de l'Italie.*

Evidemment toux, succion difficile, mauvaise habitude de tirer la langue, dents acérées, rebord alvéolaire dur, peuvent expliquer quelques cas particuliers, mais com-

ment expliquer que toutes ces conditions, réunies maintes fois ailleurs assurément, n'aient pas abouti à la même production sublinguale.

S'agirait-il d'une disposition anatomique particulière du frein de la langue, certains auteurs l'ont cru. Mais dans les observations, ce fait est si rarement signalé (*obs.* 22) que l'on n'est vraiment pas en droit de le prendre en considération, d'autant plus que Berti est arrivé à la conclusion suivante : « S'il n'y a pas de dents, la partie la plus basse du frein, celle qui devient malade, peut entrer en contact avec le bord alvéolaire, s'il y a des dents cela n'est plus possible ». C'est là un argument assez sérieux contre le rôle que pourraient jouer les dents, mais souvent la production sublinguale occupe non pas la partie la plus basse du frein, mais sa partie moyenne ou son extrémité supérieure et en face de ces cas là tombe l'argument de Berti.

D'après cet aperçu sur la pathogénie de la production sublinguale, on voit quelles incertitudes, quelles obscurités s'y rencontrent, et que conclure est impossible.

Doit-on simplement admettre une simple action mécanique ; ou doit-on malgré tout, en admettant le rôle important que dans un certain nombre de cas joue le traumatisme, conclure qu'il s'agit d'une infection, peut-être d'une infection particulière aux provinces Italiennes du midi, avec quelques cas isolés dans le reste de l'Europe. C'est vers cette hypothèse que semble s'orienter Capuccio lorsqu'il dit : « peut-être avant le facteur mécanique, faudrait-il incriminer quelque lésion, inconnue dans sa nature, à localisation particulière sur le frein de la langue, qui préparerait les voies au traumatisme ».

Contre cette manière de voir, s'élève ce fait que jamais agent pathogène particulier n'a été retrouvé dans ces tumeurs, que l'éosinophilie y est abondante ; mais ne pourrait-il s'agir d'une infection très particulière échappant à nos moyens actuels d'investigations, comme il y a peu de temps encore y échappaient pas mal d'infections mycosiques.

Mais il ne s'agit là que d'une simple hypothèse. Nous la signalons simplement.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la production sublinguale présente peu d'intérêt ; les coupes de la tumeur n'offrent que des lésions banales qui portent sur le derme et l'épithélium.

Du côté du derme il y a prolifération de tous ses éléments, production fibreuse nouvelle ; dépôts d'élément cellulaire conjonctif jeune et de cellules migratrices (éléments basophiles, mastzellen dérivant vraisemblablement des éléments fixes du tissu conjonctif) et augmentation du nombre et du calibre des vaisseaux.

Le derme est, au niveau de la tumeur, épaissi ; les papilles participent à ce développement exagéré. Elles sont plus grosses, plus hautes que normalement.

L'épithélium pavimenteux stratifié qui recouvre partout le derme, sauf au niveau des ulcérations, présente des cellules superficielles en voie de destruction et des cellules profondes en voie de régénération active ; il est creusé de vacuoles et parfois dans la zone voisine du derme infiltré de globules blancs.

Au niveau de l'ulcération, l'épithélium fait défaut et est remplacé par une couche fibrineuse qui revêt le derme et est remplie d'éléments microbiens de toute

nature appartenant à la flore buccale et n'ayant aucune signification pathogénique. D'ailleurs localisés presque uniquement à la couche fibrineuse répondant à l'ulcération, ces microorganismes pénètrent à peine les couches superficielles de l'épithélium et ne s'avancent pas vers les couches profondes voisines du derme.

On a signalé à deux reprises un fait un peu particulier; c'est la présence au niveau du derme, et un peu aussi au niveau des parties profondes de l'épithélium, de cellules éosinophiles (1) qui font naturellement défaut au voisinage de l'ulcération, point où abondent les microbes. On sait en effet que les éosinophiles ont vis-à-vis des microbes, un chimiotactisme négatif, à l'inverse des macrophages.

Mais en anatomie pathologique comme partout ailleurs, dans la maladie de Riga on a cherché la complication, et cette simple donnée de papillome traumatique est relativement récente; on croyait naguère à des lésions d'un ordre beaucoup plus particulier.

Si Concetti, Letulle, Frizzoni, Auché, ont fait valoir la première manière de voir, il est beaucoup d'auteurs qui ont décrit la production sublinguale de toute autre façon:

(1) Ces cellules éosinophiles viennent-elles du sang, ou dérivent-elles de la transformation locale d'éléments préexistants (car il n'existe pas de modification de l'équilibre leucocytaire).

On a actuellement tendance à admettre dans ces éosinophiles locales (que l'on rencontre encore dans l'asthme, les papillomes nasaux, etc...) que les cellules éosinophiles viennent des vaisseaux et sont probablement attirées hors de ceux-ci par un phénomène de chimiotactisme positif qu'exercent sur eux les éléments épithéliaux en voie de destruction constante (Ehrlich, Lazarus, Frizzoni).

Bergongini la prenait pour un épithéliome. Callari pour un fibrome, Rembach pour un angiome fissural; Pranze l'a décrite sous le nom de granulome.

Le mécanisme de la production de ses lésions serait fort simple, la langue irritée par un traumatisme peu brutal répondrait par une simple hypertrophie de tous les éléments de sa muqueuse. Bientôt apparaîtraient une infiltration cellulaire du derme, le stade granuleux serait atteint. Et enfin l'ulcération ne se produirait que très tardivement à la surface du petit papillome.

CHAPITRE V

SÉMIOLOGIE

§ 1. — Début.

Ordinairement, lorsqu'une mère amène son enfant à l'hôpital pour une production sublinguale, elle ne dit pas que l'enfant présente tel ou tel trouble fonctionnel ; elle dit simplement qu'elle a découvert, par hasard, une ulcération sous sa langue, soit lorsqu'il toussait, soit lorsqu'il ouvrait la bouche, soit lorsqu'il tirait la langue. Tantôt il y a peu de temps qu'elle a fait cette découverte, tantôt il y a quinze jours, trois semaines, un mois, deux mois qu'elle a vu un petit bouton et elle ne vient consulter que parce qu'il ne disparaît pas ou parce qu'il grossit.

On ne peut donc jamais être exactement renseigné sur la date exacte du début de la production sublinguale. Lorsque la mère la découvre, elle est déjà grosse au moins comme une tête d'épingle ou un grain de blé, c'est-à-dire qu'elle évolue déjà depuis quelques jours.

Parfois cependant ce sont les troubles fonctionnels qui attirent l'attention de la mère, soit une salivation abondante, soit une difficulté à prendre le sein ; c'est alors le médecin consulté qui découvre la tumeur.

§ 2. — Description de la production sublinguale.

La production sublinguale est une tumeur exulcérée, siégeant sur le frein de la langue, de forme plus ou moins arrondie et régulière, du volume d'une lentille à celui d'une noisette, de consistance dure, recouverte d'un enduit blanchâtre diphtéroïde.

Cette définition donnée, reprenons en détail chacun des caractères de l'ulcération.

Siège. — Rappelons d'abord un mot d'anatomie :

« En soulevant la pointe de la langue on voit sur la ligne médiane, entre cette dernière et le fond du sillon, un pli muqueux plus ou moins saillant : le *frein de la langue*. Celui-ci s'insère sur la face inférieure de la langue d'une part, sur la surface muqueuse du plancher buccal d'autre part ; il n'atteint pas le maxillaire inférieur mais souvent il existe un petit bourrelet qui le prolonge jusqu'au maxillaire (Merkel). En avant le frein de la langue se continue dans un tubercule ou mamelon : la *caroncule sublinguale ou salivaire*.

Chaque caroncule présente à son sommet un orifice visible à l'œil nu, l'ostium ombilicale, orifice du canal de Wharton (1).

La face inférieure de la langue lisse et unie présente sur la ligne médiane un sillon longitudinal plus profond en arrière qu'en avant ; au-dessous de celui-ci un repli

(1) JONNESCO et CHARPY in POIRIER. *Traité d'An. hum.*, 2^e édit., 1901. Tube digestif, p. 94-95.

muqueux triangulaire placé de champ entre la muqueuse du plancher buccal et la langue : le frein ou filet de la langue dont le bord antérieur et les deux faces latérales sont libres et dont le bord supérieur adhère à la langue, le bord inférieur au plancher. Quelquefois il atteint la pointe de la langue et peut alors gêner ses mouvements et la succion chez le nouveau-né d'où la nécessité de le sectionner » (1).

Au point de vue histologique, cette région ne présente rien de particulier, une muqueuse dermopapillaire reposant sur un tissu conjonctif lâche, où quelques auteurs ont décrit de petites bourses séreuses que la plupart des anatomistes considèrent comme inexistantes (Charpy).

La production sublinguale occupe presque toujours le *frein de la langue* ; elle peut ne l'occuper que partiellement ou, au contraire, l'envahir tout entier et empiéter à la fois sur la face inférieure de la pointe de la langue et sur le plancher buccal.

Dans d'autres cas la production sublinguale moins étendue ne recouvre qu'une partie du frein, soit son extrémité antérieure, soit son extrémité postérieure, mais en revanche elle empiète alors sur la pointe de la langue ou le plancher buccal. Parfois même, exagérant cette tendance, elle ne se localise que sur la pointe de la langue, respectant le frein dont elle embrasse l'insertion linguale (obs. 26). Enfin si elle siège plus près du plancher de la bouche, elle peut occuper le point où le frein croise les caroncules lacrymales (obs. 17). Le plus sou-

(1) JONNESCO et CHARPY. *Loco citato*, p. 98.

vent la lésion n'empiète pas sur les caroncules qu'elle laisse libres (obs. 3). Jamais aucun auteur n'a signalé d'accident d'obstruction des canaux de Wharton.

Quelque soit son étendue, elle s'arrête le plus souvent sur le plancher à peu de distance de l'insertion du frein, et n'atteint jamais la pointe et les bords de la langue, dont elle se rapproche pourtant parfois (2 mm. de distance) (obs. 9).

Cette localisation sur le frein, la plus fréquente, n'est pas absolument constante. La production sublinguale peut être *déplacée latéralement* (obs. 3, 10, 28). Mais toujours elle est placée alors en regard des incisives inférieures, lorsqu'elles existent ; dans un cas où les incisives médianes manquaient et où il n'existait que les incisives latérales (obs. 28), elle était en regard de ces deux incisives, de chaque côté de la pointe.

Nombre. -- Il n'y a *jamais qu'une* production sublinguale, sauf dans le dernier cas que nous venons de citer où il y avait une ulcération en regard de chacune des incisives latérales.

Mais jamais à l'intérieur de la cavité buccale on ne trouve une néoformation analogue ; on a bien signalé des cas de stomatite concomitante et même d'ulcération du voile du palais (obs. 1), mais jamais on n'a pu relever une autre ulcération présentant les caractères très particuliers de celle que nous décrivons.

Dimensions. — La production sublinguale a des dimensions très variables ; son volume global représente, suivant les auteurs, celui d'une lentille, d'un grain de

maïs, de café, d'un pois, d'un bouton de chemise, d'un lupin, d'un haricot, d'une petite noisette, d'une noisette dont la superficie est égale à celle d'une pièce de 20 centimes, d'un centime, de 50 centimes, de 2 francs. Son diamètre atteint 5^{mm}, 7^{mm}5, 10^{mm}, 12^{mm}, 12^{mm}5. Sa hauteur est également variable, les plus petites productions sublinguales ont 1^{mm}5 de saillie sur la muqueuse buccale, parfois 2^{mm}5, 5^{mm}. Dans une observation (obs. 17), la tumeur très saillante faisait sur la muqueuse buccale une saillie de 2 cm. au niveau de sa face antérieure, de 1 cm. au niveau de sa face postérieure.

En résumé, la production sublinguale, en moyenne *grosse comme un pois*, forme toujours un relief appréciable sur la muqueuse sous-jacente, et surtout nettement visible quand on prend soin de la regarder de profil.

Forme. — D'après ce que l'on vient de voir, la production sublinguale forme une saillie, une intumescence qui est toujours *sessile* et jamais pédiculée. Parfois elle est acuminée, présentant un point plus saillant (obs. 22) ou encore papillomateuse, en forme de choux-fleur (obs. 6). Elle est *arrondie*, généralement ovalaire, parfois réniforme (obs. 26), son grand axe est presque toujours transversal, la tumeur paraît *aplatie d'avant en arrière*. Sa surface est tantôt régulière et lisse, tantôt irrégulière.

Consistance — La production sublinguale a une *consistance ferme, dure, parcheminée* (obs. 3), calleuse (obs. 23), sarcoïde (obs. 11). Et c'est là un des caractères très importants de la tumeur.

Couleur, Fausse membrane. — Elle est dans l'immense majorité des cas recouverte d'une *fausse membrane* qui lui donne sa coloration.

Cette fausse membrane, exsudat fibrineux contenant éléments cellulaires et microbes, peut ne pas couvrir toute la tumeur, qui paraît alors rose à la périphérie et blanchâtre au centre (obs. 3). Mais le plus souvent toute la tumeur est recouverte par cette pseudo-membrane d'aspect diphtéroïde. La couleur en varie, mais dans des limites restreintes : elle est blanche, *blanchâtre*, blanc jaunâtre, blanc grisâtre, parfois lisse, parfois d'aspect mollasse lardacé, parfois elle présente un piqueté rougeâtre ou des stries hémorrhagiques. Cette fausse membrane n'est jamais bien résistante, elle est toujours *facile à arracher*. Mais elle se reproduit vite. Lorsqu'on l'enlève, on met à nu l'ulcération sous-jacente, une autre des caractéristiques de la production sublinguale que nous allons maintenant étudier.

Ulcération. — Cette ulcération peut, elle aussi, s'étendre à toute la surface libre de la production sublinguale. Mais le plus souvent elle reste *limitée* à l'un des points de cette surface, elle siège exactement en regard des incisives médianes.

Ces deux incisives sont-elles rapprochées, l'ulcération est unique, sont-elles séparées par un espace libre (cas 9), l'ulcération est dédoublée, entre ses deux parties existe une crête saillante qui répond au point où l'épithélium buccal n'a pas été observé par le frottement des dents (obs. 4 et 9).

D'après ce que nous avons dit de son siège, on voit

que l'*étendue* de cette ulcération est très variable, à côté des grosses ulcérations atteignant 1 centimètre de diamètre, il en est de petites siégeant juste au sommet de la tumeur.

Les bords sont arrondis et dentelés, mais toujours nets ; *la profondeur* est parfois minime, parfois plus marquée grace à la surélévation des bords ; l'ulcération est aussi quelquefois plus exercée en sa partie médiane.

Son fond est rouge, plus ou moins régulier, relativement peu saignant ; dès qu'on l'a dégarni de la fausse membrane qui le recouvre, l'exsudat fibrineux tend à se reformer et en moins de 24 heures la fausse membrane est reconstituée.

Adénopathies. — Le plus souvent la lésion reste locale, il n'y a aucun retentissement sur l'appareil ganglionnaire correspondant à la région atteinte. Cependant dans quelques cas (obs. 4 et 22) on a noté une légère adénopathie sous-maxillaire. Mais dans l'immense majorité des cas l'appareil lymphatique reste indemne.

§ 3. — Symptômes fonctionnels.

La production sublinguale ne s'accompagne qu'exceptionnellement de phénomènes fonctionnels importants.

Douleur. — C'est ainsi que la douleur *fait le plus souvent complètement défaut*, la production sublinguale est à peine sensible, on peut la gratter, la cautériser, arracher sa fausse membrane sans provoquer aucune douleur vive. Il n'y a que dans les deux cas d'allaitement

paradoxal rapportés par Capuccio que la douleur ait été vraiment nette.

Gêne de la succion. — Il n'y a donc en général aucune gêne de la succion et la plupart des auteurs qui ont observé cette affection, ont spécialement insisté sur l'absence de toute gêne, lorsque l'enfant tette.

Troubles de la sécrétion salivaire. — Il se produit parfois une exagération de la salivation qui trahit sans doute plus l'irritation de la muqueuse buccale que la production sublinguale elle-même.

Aucun trouble de rétention salivaire n'a été relevé ; alors qu'en voyant la production sublinguale siéger à la base du frein, on eut pu s'attendre parfois à une oblitération des conduits de Wharton.

§ 4. — Symptômes généraux.

La production sublinguale par elle-même n'affecte en rien la santé générale. Elle se produit chez des enfants en bonne santé, et dont l'état général reste bon, même lorsque la production persiste un ou deux mois. Par contre, on la rencontre aussi chez des enfants malades, cachectiques, dont l'état général laisse à désirer. Mais il ne peut être établi aucune relation de cause à effet entre ces deux faits.

La production sublinguale a exactement chez l'une et l'autre sorte d'enfants les mêmes caractères.

C'est à tort que Riga et les premiers auteurs qui ont décrit la maladie en ont fait une affection grave ; elle

peut survenir au cours d'une maladie grave, mais n'est pas par elle-même une maladie grave et il n'y a nullement lieu de lui décrire deux formes : une forme bénigne locale, une forme maligne avec phénomènes généraux graves et parfois même terminaison fatale.

Il n'y a pas deux sortes de productions sublinguales, il n'y en a qu'une ; elle peut évoluer sur deux terrains différents ; et si elle se présente chez un enfant en très mauvaise santé, elle n'est qu'un épisode bien insignifiant au milieu des troubles graves digestifs et respiratoires qui peuvent exister. C'est un incident au cours d'une maladie grave et non le principe de cette maladie. Tout au plus peut-on dire que le mauvais état général de nutrition des tissus a favorisé l'apparition de la production sublinguale.

§ 5. — **Pronostic.**

C'est dire combien est bénin le pronostic de cette affection. Elle ne demande qu'à guérir par un traitement approprié ; si on ne la traite pas, en deux ou trois mois elle disparaît complètement et ne récidive pour ainsi dire jamais.

Dès qu'elle apparaît au cours d'une maladie grave, elle n'est même pas un facteur de mauvais pronostic ; il en est autrement de maintes lésions buccales : stomatite, muguet, dont la signification est si souvent fâcheuse.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la production sublinguale est des plus faciles à faire, il suffit de rappeler ses caractères primordiaux, pour voir combien il est difficile de la confondre avec une autre ulcération. Elle reste toujours unique, elle est dure, saillante, exulcérée, et siège à peu près exactement au niveau du frein.

Ces caractères la distinguent aisément des autres ulcérations buccales, ulcérations de stomatite ou ulcérations aphteuses, multiples et de siège différent.

Mais il est une affection dont on peut rapprocher la production sublinguale, c'est l'ulcération du frein de la langue dans la coqueluche. Cette ulcération n'est due nullement à un énanthème, mais bien au traumatisme (H. Roger) violent que la langue reçoit des incisives dans les quintes de toux. Par son étiologie elle semble voisine de la production sublinguale.

En effet dans la coqueluche on peut voir se produire les deux affections ; mais la simple ulcération est beaucoup plus fréquente que la production sublinguale, dont on ne relève que peu de cas, au cours de la coqueluche (Berti, obs. 17).

La production sublinguale relève d'un traumatisme

peu violent et répété, c'est plus une irritation qu'une blessure.

Au contraire, l'ulcération de la coqueluche est une plaie. C'est une ulcération transversale, linéaire, longue de quelques millimètres, siégeant perpendiculairement au frein qu'elle entame légèrement. Son fond est grisâtre, revêtu d'un enduit adhérent (Hudelo).

Mais ce qui permet de la distinguer de la production sublinguale, c'est qu'elle ne fait aucune saillie au-dessus de la muqueuse ; il n'y a pas de tumeur, il y a une simple perte de substance, peu importante en général, la lésion restant superficielle. Mais parfois (Bouchut) cette ulcération est plus profonde, elle peut mettre à nu les fibres du muscle lingual et les rameaux du nerf hypoglosse. En tous cas jamais elle n'est saillante.

De plus, souvent elle saigne, et jamais au contraire, dans la production sublinguale, ne se produit d'hémorrhagie.

L'ulcération de la coqueluche diffère donc plus par sa sémiologie, que par son étiologie de la production sublinguale. Entre les causes des deux affections, il n'y a qu'une différence du plus au moins, un traumatisme est dans un cas comme dans l'autre en jeu, ici violent, là minime et répété.

Certains auteurs rapprochent les deux lésions et en font deux formes cliniques d'ulcération sublinguale, l'une est l'ulcération simple, l'autre, l'ulcération papillomateuse (Paisseau).

Pour nous, au contraire, nous croyons devoir séparer les deux affections, et ceci pour les deux motifs suivants :

1° Leur sémiologie est fort dissemblable ;

2° Si l'étiologie de l'ulcération dans la coqueluche est nettement déterminée, il n'en est pas de même pour la production sublinguale ; l'action du traumatisme y paraît moins évidente ; les conditions locales et ethniques sont différentes : La coqueluche peut en tous pays provoquer l'ulcération simple ; l'ulcération papillomateuse est particulière à un seul pays. Aussi pensons-nous que la production sublinguale doit rester isolée ; on n'est vraiment pas en droit de la faire entrer dans le même cadre nosologique que la banale et simple ulcération de la coqueluche.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il y a deux façons de tenter de guérir la production sublinguale : *une première méthode* est de s'adresser directement à la production sublinguale et de tenter : ou de la détruire par des attouchements avec des substances diverses, ou de l'extirper, en faisant parfois suivre cette extirpation d'une réunion des lèvres de la plaie.

La seconde méthode s'adresse moins à la production sublinguale, qu'à ce qu'on admet le plus généralement en être la cause, aux incisives inférieures.

Nous étudierons d'abord la technique, puis les résultats de ces deux méthodes.

§ 1. — **Traitement direct de la production sublinguale**

I. — PROCÉDÉS MÉDICAUX

Tout d'abord on prescrira des soins de propreté buccale : lavages à l'eau bouillie, à l'eau boriquée, etc...

Puis on pourra toucher l'ulcération soit avec de la teinture d'iode, soit au nitrate d'argent, soit au chlorate de potasse, soit au bleu de méthylène, etc...

Ces différentes substances ont été employées ; aucune n'a semblé avoir une action immédiate et rapide sur la production sublinguale. Le plus souvent ce mode de traitement fut inefficace. En feuilletant nos observations nous ne trouvons que trois cas de guérison après emploi de ce seul traitement :

1° Le premier, observé par Abetti (obs. 13), à la suite de l'emploi de nitrate d'argent : la guérison fut complète un mois et demi après ;

2° Le deuxième, observé par le Dr Broca (obs. 9), où furent employés les attouchements iodés : la guérison fut à peu près complète, en trois semaines environ.

3° Le troisième observé par nous-mêmes (obs. 8), dans lequel la guérison survint, après deux mois d'attouchements au bleu de méthylène.

Dans quatre cas, les attouchements caustiques, insuffisants (obs. 4, 18, 19, 20), durent être suivis de l'extraction de la dent ; dans trois cas ils durent être suivis de l'excision de la tumeur (obs. 2, 3, 21) ; dans un cas (obs. 16) ils durent être suivis, et de l'extraction dentaire et de l'extirpation de la tumeur.

En résumé, suffisants dans de rares cas heureux, les attouchements caustiques, dans les cas rebelles, doivent céder la place à des méthodes plus radicales.

2. — PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

Le seul procédé qui ait été employé est l'extirpation de la tumeur. On circonscrit sa base d'implantation par une double incision curviligne et on l'excise ; il reste à sa place une surface cruentée, que l'on peut laisser

ouverte, après cautérisation au thermo-cautère, si elle saigne par trop ; ou au contraire tenter de réunir par première intention, en suturant les lèvres de la plaie, au fil de lin, à la soie, au catgut ou au crin, etc. . .

Dans six cas (obs. 2, 5, 10, 13, 15, 21), l'excision fut suivie de réunion par points de suture ; dans quatre de ces cas la guérison fut obtenue parfaite au bout d'un temps variable, au bout de 7 jours (obs. 21), 12 jours (obs. 2, 15, 25), 21 jours (obs. 13) ; dans deux autres cas, l'échec fut complet, une récurrence se produisit au bout de sept semaines (obs. 5) (la guérison ne devant survenir qu'après l'extraction de l'incisive), ou au bout de 15 jours (obs. 10) (la guérison survint ensuite spontanément).

Dans quatre cas (obs. 3, 6, 7, 20), on ne pratiqua après excision nulle suture. On obtint dans trois cas la guérison, en un temps non fixé (obs. 3), en 15 jours (cas 14), en 10 jours (obs. 7) ; dans le troisième cas (obs. 6), au bout de quinze jours survint une récurrence qui céda spontanément.

En résumé, dans six cas d'extirpation et de réunion, on eut deux succès ; dans quatre cas de simple extirpation on eut un succès.

La guérison fut à peu près aussi vite obtenue dans un cas que dans l'autre. Cependant on pourrait noter un léger avantage en faveur de la première méthode qui peut amener, lorsque la réunion se fait par première intention, la guérison parfaite en quelques jours. Comme la suture ne présente aucun inconvénient et n'expose à aucun danger, on peut la pratiquer de préférence, on donne ainsi une chance de plus au petit malade de guérir très rapidement.

Il serait illusoire, sur un nombre aussi restreint de cas, de vouloir trouver une supériorité à la méthode de simple excision : un cas sur quatre, deux cas sur six, sont en statistique médicale des résultats équivalents.

§ 2. — Traitement indirect de la production sublinguale. — Intervention sur les incisives inférieures.

On a proposé de limer puis d'arracher les incisives médianes inférieures.

1^o *Limage des incisives.* — Il fut pratiqué deux fois (obs. 2, 11) et se montra absolument insuffisant. N'ayant à son actif aucune guérison, on pourrait le rejeter déjà, mais deux cas ne font pas une statistique et il faut attendre pour conclure définitivement ;

2^o *Extraction des incisives.* — On a pu arracher, soit une, soit deux incisives.

L'extraction des deux incisives fut pratiquée cinq fois (obs. 4, 15, 18, 27). Dans 4 cas le résultat fut parfait et incontestable, la guérison survint en 3 jours (obs. 18), ou du moins en fort peu de temps (obs. 4, 27), les auteurs ne précisant pas davantage. Dans le cinquième cas (obs. 15), l'opérateur pressé combina les deux méthodes : il arracha les deux incisives médianes inférieures et au bout de quelques jours constata que la production sublinguale regressait. Cela ne lui suffisant pas, il extirpa la production sublinguale et la guérison survint en 15 jours. De ce cas, on ne peut rien conclure contre l'extraction simple, de laquelle l'auteur n'a pas attendu les résultats définitifs.

L'extraction d'une seule des incisives médianes inférieures fut deux fois pratiqué.

Dans l'observation 19, l'incisive gauche inférieure fut seule arrachée, parce qu'elle existait seule et la production sublinguale guérit en 5 jours.

Dans l'observation 5, l'incisive médiane inférieure droite fut seule extirpée, l'autre existant aussi ; on eut un résultat curieux. La partie droite de la production guérit et disparut, la partie gauche persista, avec une ulcération en regard de la dent restée en place, et il y a là comme une contre-épreuve du plus haut intérêt en ce qui concerne la valeur du traitement.

L'extraction des deux incisives inférieures n'a donc à son passif aucun insuccès ; elle est suffisante à faire regresser la production sublinguale ; elle est encore efficace quand l'excision a échoué (cas 5), mais il est nécessaire d'enlever toutes les dents en rapport avec la tumeur. En enlever une ne suffit pas, si la tumeur répond à deux.

Notre conclusion en ce qui concerne le traitement de la maladie de Riga sera la suivante :

1° Ne pas s'attarder aux moyens médicaux et recourir immédiatement aux procédés chirurgicaux ;

2° Si les parents de l'enfant tiennent à l'esthétique et ne veulent pas voir leur rejeton édenté jusqu'à sa seconde dentition, pratiquer l'excision de la tumeur, en la faisant suivre ou non de la réunion par suture des lèvres de la plaie, suivant la tendance chirurgicale de chacun ;

3° Si cela ne suffit pas, ou si l'on veut aller vite et que les parents ne s'y opposent pas, on enlèvera les dents en contact avec la tumeur.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — R. CRUCHET et E. LEURET, Nouveau cas d'ulcération sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie. *Arch. de méd. des enfants*, Paris, 1900, XII, p. 195-200.

Un enfant, âgé de 2 ans, entre à l'hôpital des Enfants (service du Pr André Moussous), le 28 janvier 1905, pour troubles gastro-intestinaux et otite double.

L'enfant est dans un état général franchement mauvais ; il aurait présenté dès sa naissance des troubles gastro-intestinaux, l'alimentation s'est faite complètement au biberon qui a toujours été assez mal supporté ; quand nous examinons l'enfant, il est facile de nous rendre compte que le rachitisme l'a fortement atteint ; la tête est grosse, la fontanelle antérieure largement ouverte ; les bosses frontales sont fortement saillantes, l'occiput n'est pas ramolli et ne semble pas modifié. La dentition est fortement retardée ; l'enfant n'a encore que ses *deux incisives médianes inférieures*.

Le thorax, resserré à sa partie moyenne latéralement a, au contraire, sa partie inférieure évasée en avant ; en outre, le chapelet de nouures chondro-costales est des plus marqués. Au niveau des poignets, les nouures radio-cubitales ont un développement considérable. Enfin les membres inférieurs présentent une incurvation des tibias, à concavité tournée en dedans, très accentuée.

Le ventre est gros, ballonné, offrant dans la région sus-ombilicale une large éventration médiane.

En outre on relève du côté des oreilles, un écoulement purulent bilatéral, qui, si nous en croyons la mère, a débuté dans la première enfance du petit malade. Le pus qui s'écoule en abondance est horriblement fétide.

A son entrée la température de l'enfant est de 37°4 le matin, de 38° le soir. Le petit malade a de l'appétit, ne vomit pas, mais a par jour trois ou quatre selles liquides jaunâtres et très fétides.

Le 30 janvier, la température monte le matin à 38°2 et atteint le soir 39°6. L'enfant tousse et est essoufflé ; pas de coqueluche ni de toux coqueluchoïde, l'auscultation de la poitrine nous montre, dans tout le côté gauche du thorax, une quantité de râles très fins, rappelant les râles crépitants, mais s'entendant aux deux temps de la respiration.

Le pouls est bon, mais rapide (140 à la minute) ; on administre à l'enfant une potion à l'acétate d'ammoniaque, et on applique deux fois par jour des cataplasmes sinapisés. Malgré ce traitement, il ne se produit aucune amélioration.

Le 1^{er} février, la température qui était de 38°8 le matin, atteint le soir 40°5. Les râles, qui ont gardé les caractères ci-dessus décrits, s'entendent aux deux temps de la respiration, dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de souffle ; aucune zone mate. La gêne respiratoire augmente.

En explorant la cavité buccale de l'enfant, nous remarquons à la partie inférieure de la langue, au niveau du frein, une ulcération à grand axe transversal, paraissant se mouler exactement sur l'extrémité des deux incisives médianes inférieures, les deux seules dents de l'enfant.

Cette ulcération, à fond grisâtre, s'étend en haut à la face inférieure de la langue et déborde également légèrement, en bas et en avant, l'insertion du frein de la langue sur le plancher buccal.

Toute cette surface exulcérée est recouverte de petites productions ressemblant à des fausses membranes bien développées et légèrement exubérantes ; ces productions se détachent difficilement de leurs points d'implantation ; on parvient cependant à en enlever une petite partie pour l'examen bactériologique.

Le 2 l'état s'aggrave encore. le petit malade se cyanose et ses extrémités se refroidissent ; il est placé dans un bain chaud sinapisé et on lui administre un peu de caféine. La température se relève et atteint le soir 41°. Les signes stéthoscopiques et l'état général restent les mêmes pendant les deux jours qui suivent.

Le 6, l'ulcération sublinguale est dans le même état ; mais on remarque, au niveau du voile du palais du côté gauche, une plaque ecchymotique exulcérée qui paraît être le premier stade d'une ulcération. Le produit recueilli sur l'ulcération sublinguale est ensemenché.

Le 7, le petit malade, qui est dans un état général des plus mauvais depuis la veille au soir avec des périodes de refroidissement des extrémités et de cyanose, meurt à 11 heures du matin dans le collapsus.

L'autopsie, pratiquée le lendemain, nous montre les lésions classiques d'une broncho-pneumonie lobulaire des plus accentuées : l'ulcération sublinguale est prélevée pour l'examen histologique.

L'examen bactériologique que nous avons pratiqué directement sur la petite partie de fausse membrane recueillie au niveau de l'exulcération sublinguale, nous a montré la présence de staphylocoques (en grande abondance) ; quelques bacilles diphtériques (longs et moyens) ; diplocoques encapsulés (rares) ; pas de bacilles fusiformes ni de spirilles. Cet examen fut contrôlé par l'ensemencement envoyé au laboratoire du professeur Ferré, qui montra la présence de : diplocoques, staphylocoques, bacilles de la diphtérie (b. moyens).

Examen microscopique (par le P^r Auché). — L'examen microscopique repose sur une seule coupe colorée à l'hématéine-éosine après fixation par l'alcool. Sur cette coupe, existe une ulcération de 1 centimètre de long environ, de chaque côté de laquelle on trouve l'épithélium pavimenteux recouvrant à peine quelques papilles.

Du côté où l'épithélium est le plus abondant, il recouvre, au niveau des parties les plus éloignées de l'ulcération, des papilles un peu plus digitées qu'à l'état normal.

En résumé, ulcération peu profonde présentant en quelques points des amas plus ou moins saillants de substance granuleuse nécrotique ; au-dessous, un exsudat fibrineux, très fortement infiltré par des leucocytes polynucléés et quelques lymphocytes ; plus profondément, une zone inflammatoire formée de tissu conjonctif très infiltré par des leucocytes polynucléés, des lympho-

cytes et des cellules fixes hyperplasiées et hypertrophiées, plus profondément encore une zone, plus ou moins épaisse, de tissu fibreux, s'infiltrant entre les acinis glandulaires et les faisceaux musculaires, les comprimant, les détournant et amenant finalement leur atrophie.

Obs. 2. — E. AUDARD, La maladie de Riga, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, XX, 1902, p. 49.

L'enfant âgé de 13 mois est présenté le 5 juin 1901 à la consultation de chirurgie infantile de l'Hôpital Tenon, parce que, depuis deux jours, sa mère a remarqué une ulcération sous la pointe de sa langue.

Cet enfant, né à terme, élevé au sein par sa mère, encore maintenant, a eu une pleurésie à 7 mois ; cette pleurésie a duré 4 semaines, l'enfant a beaucoup toussé, on ne l'a pas ponctionné, il a été soigné avec des cataplasmes sinapisés et des potions calmantes. Il s'est bien remis depuis.

Les deux incisives inférieures médianes sont apparues à l'âge de 7 mois. Les deux supérieures à 11 mois.

L'enfant ne marche ni ne parle, il n'a pas eu la coqueluche. Il n'a pas l'habitude de tirer la langue ni de la frotter contre ses dents.

Il y a une dizaine de jours l'enfant s'est mis à tousser ; cette toux dura huit jours, le bébé paraissait mal en train. Ce rhume était sur son déclin, quand, le 3 juin, sa mère s'est aperçue de l'existence de l'ulcération sublinguale à un moment où l'enfant ouvrait la bouche. L'ulcération présentait les mêmes caractères qu'aujourd'hui.

Elle siège au niveau du frein de la langue, le débordant également des deux côtés, ovalaire, à grand axe transversal long d'un bon centimètre ; à bords surélevés de coloration blanchâtre, crémeuse, d'aspect papillomateux, en choux-fleur, de consistance dure. La muqueuse alentour est congestionnée.

L'état général est bon ; il n'y a pas de fièvre, mais l'enfant

éprouve une très grande difficulté à prendre le sein, et salive très abondamment, inondant sa robe.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants ; la mère s'est mariée deux fois et le petit malade est son douzième enfant. Cinq enfants du premier lit sont tous morts en bas-âge d'affections indéterminées. Les sept enfants du second lit sont bien portants, sauf l'un soigné dans le service du docteur Broca pour une tumeur blanche du cou de pied.

Traitement. — Le 10 juin, cautérisation de l'ulcération au nitrate d'argent

Le 13. — On note un peu d'amélioration, la rougeur périphérique diminue ; nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

Le 15. — Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 19. — Amélioration notable de l'ulcération qui a diminué d'étendue et a surtout perdu en grande partie son exsudat diphtéroïde. L'enfant prend le sein beaucoup plus facilement et salive beaucoup moins. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 23. — L'amélioration continue, cautérisation au nitrate d'argent.

Le 26. — L'enfant est fiévreux et a la langue chargée. Il est très constipé. On prescrit une dose de 10 centigrammes de calomel, à faire prendre le lendemain matin. Même état local. Cautérisation au nitrate d'argent.

Le 3 juillet. — La mère raconte que le purgatif a produit une débâcle abondante, mais que l'enfant tousse un peu. On prescrit l'application matin et soir de cataplasmes sinapisés à la base des poumons en arrière. L'état local va toujours s'améliorant. Cautérisation au nitrate d'argent.

On continue régulièrement deux fois par semaine ces applications de nitrate d'argent. Mais rapidement l'amélioration locale cesse. La tumeur arrivée à la dimension d'une pièce de 20 centimes demeuré stationnaire pendant 15 jours.

Le 22. — M. Broca extirpe la tumeur aux ciseaux courbes et sous chloroforme. Réunion des deux lèvres de la plaie à la soie.

La pièce est confiée aux soins de notre collègue Alquier.

Le 29. — Ablation des fils. On note quelques productions diphtéroïdes sur la face inférieure de la pointe de la langue.

Le 5 août. — L'enfant ne présente plus rien localement, l'état général est bon. L'enfant tette et boit beaucoup mieux.

Au début d'octobre, la mère revue, affirme que rien ne s'est produit de nouveau. La succion s'opère très bien. L'enfant a plutôt engraisé et sa santé est en tous points excellente.

Examen histologique. — Les coupes sont orientées dans le sens vertical et antéro-postérieur.

Sur une première coupe pratiquée dans une portion non ulcérée de la tumeur, la masse apparaît constituée en son centre par du tissu conjonctif, à faisceaux volumineux entremêlés de cellules plates. Pas d'inflammation, pas de cellules rondes autour des vaisseaux. La tumeur est traversée par quelques gros canaux excréteurs de glandes, revêtus d'un épithélium de même nature. Les papilles du derme et les bouchons interpapillaires de l'épithélium sont, au niveau de la portion la plus saillante, plus développés que sur la muqueuse buccale saine.

Sur les bords de la saillie formée par la tumeur, l'épithélium est épaissi dans son ensemble par suite de l'hypertrophie de la couche superficielle et du corps muqueux de Malpighi. La base d'implantation fait défaut, il devient alors impossible de comparer l'épithélium que revêt la tumeur à celui des parties voisines.

Sur une seconde coupe passant par un point ulcéré, on note l'abrasion de l'épithélium et des papilles au niveau du fond de l'ulcération. Le tissu conjonctif présente en cet endroit des lésions inflammatoires, caractérisées par l'existence de gros faisceaux fibreux et d'amas de cellules rondes. Enfin au voisinage de l'ulcération, les papilles du derme sont plus saillantes qu'ailleurs, les bouchons épithéliaux sont épaissis, allongés ; plusieurs sont bifurqués ou trifurqués à leur extrémité.

Obs. 3. — F. BRUN, La maladie de Riga. Ulcération papillomateuse du frein de la langue. *Presse médicale*, 1895, p. 25.

Un enfant âgé de 14 mois, est, dans les derniers jours du mois de septembre 1894, conduit par sa mère à l'Hôpital des Enfants Malades, à la consultation du D^r Aviragnet, qui veut bien nous l'adresser.

Antécédents personnels. — Né à terme de parents bien portants, il a été nourri au sein par sa mère et n'a depuis sa naissance présenté aucun trouble de la santé. Il n'a jamais eu ni vomissements, ni diarrhée, pas de coqueluche, pas de toux convulsive ou quinteuse. Les premières dents ont fait leur apparition à 10 mois, il en existe aujourd'hui 4, les quatre incisives médianes et leur éruption s'est effectuée sans incident. C'est peu de temps après l'apparition des deux incisives médianes inférieures, que la mère a remarqué, sous la langue de son nourrisson, la présence d'une petite tumeur, grosse alors comme une lentille et qui depuis n'a cessé de s'accroître, sans avoir pour cela aucune influence fâcheuse sur la nutrition. L'enfant est, en effet, au moment où je l'examine, de belle apparence, sans trace de rachitisme, et la lésion sublinguale qui représente, en somme, toute la maladie, offre les caractères suivants :

Située à la face inférieure de la langue, elle n'est visible que lorsque la pointe de celle-ci est dirigée en haut et en arrière, et apparaît alors sous la forme d'une tumeur assez régulièrement arrondie, présentant à peu près la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elle fait à la surface de la langue une saillie de 4 ou 5 millimètres, que l'on apprécie surtout bien lorsqu'on l'examine de profil. Elle siège très exactement sur la ligne médiane, sur le frein dont elle occupe la partie antérieure, s'avancant jusqu'à son insertion inguale, laissant libre la moitié postérieure, de chaque côté de laquelle on distingue nettement, et tout à fait indépendants, les orifices des conduits de Warthon.

La consistance de la tumeur est ferme, parcheminée, et l'indu-

ration s'étend à droite et à gauche, un peu au-delà de la masse saillante. Quant à la coloration, elle varie au centre et à la périphérie ; en ce dernier point, c'est la coloration rosée de la muqueuse linguale que l'on observe, tandis que la partie centrale emprunte une coloration blanchâtre à la présence d'un exsudat, qu'une friction légère avec un tampon de coton suffit à détacher. L'exsudat ainsi enlevé, on se trouve en présence d'une surface ulcérée, villeuse et saignante, qui, vingt-quatre heures après, était de nouveau recouverte d'une fausse membrane semblable à celle qui existait primitivement.

Pas d'autres lésions de la muqueuse buccale, pas de ganglions sous-maxillaires ou sus-hyoïdiens.

Evolution et traitement. — Après avoir, pendant quelques jours, fait faire à la surface de la tumeur des attouchements à la teinture d'iode, sans en obtenir aucun résultat, j'eus recours à l'excision que je fis à l'aide de ciseaux courbes, en ayant soin de l'exécuter aussi complètement que possible.

Elle laissa après elle une large surface dénudée saignant en nappe que je cautérisais au thermocautère. Le lendemain l'enfant était dans son état habituel et la cicatrisation s'effectua sans aucun incident particulier.

Après leur excision les fragments de la tumeur furent confiés à mon excellent collègue et ami Letulle qui voulut bien se charger d'en faire l'examen et eut la complaisance de rédiger pour moi les notes que je transcris ici.

Examen histologique (D^r LETULLE). — Les coupes faites perpendiculairement à la surface du fragment enlevé, montrent les courbes successives de la muqueuse buccale atteintes d'altérations diverses.

1° Le tissu conjonctivo-vasculaire de la muqueuse est gorgé de vaisseaux sanguins, la plupart capillaires, fortement dilatés, tapissés par des endothéliums normaux dont quelques-uns sont en voie de karyokinèse manifeste. Les mailles connectives, distendues par une lymphe peu riche en cellules blanches, ne contiennent aucune espèce de microbes.

2° Les couches épithéliales de la muqueuse reposent sur une

série de longues papilles conjonctives, amplement irriguées de vaisseaux capillaires plus larges que normalement. La preuve que les papilles dermiques, qui correspondent à la masse tumorale, sont hypertrophiées est donnée par l'état du derme sur les confins de la pièce : à ce niveau les saillies papillaires sont de moitié moindre qu'en plein centre de la masse hypertrophiée.

Il en est de même pour les couches épithéliales qui les recouvrent ; à ce point de vue, il faut distinguer les bords de la tumeur et le centre même de la pièce ; sur les bords, l'épithélium pavimenteux s'accumule en bandes épaisses, terminées par un placard de cellules épithéliales nucléées, aplaties, beaucoup plus denses qu'à la surface d'une muqueuse buccale normale. Entre les papilles hypertrophiées, les boyaux épithéliaux, très larges, s'enfoncent profondément, sans avoir toutefois en aucun point rompu la limite normale qui les sépare du tissu dermique. Il n'y a donc dans ces zones hyperplasiées, qui sont comme la bordure de la tumeur enlevée, aucune trace de production néoplasique épithéliomateuse. A vrai dire, il n'y a pas là non plus des caractères suffisants pour donner à cette hyperproduction dermo-épithéliale le nom de papillome ; c'est tout au plus une hypertrophie de la muqueuse dans toutes ses parties, et les causes de cette hypertrophie nous sont données par l'étude du centre de la masse.

Au centre, en effet, l'état des parties est tout autre ; là, sur une étendue que je ne puis apprécier, vu l'orientation de la coupe, le derme est ulcéré, mis à nu tout au moins, sur un grand nombre de points. Les papilles sont abrasées, certaines même ont disparu, et toutes les couches épithéliales sont tombées, pour donner place à un exsudat fibrino-leucocytaire très caractérisé. La fausse membrane qui s'attache ainsi au derme de la muqueuse s'étale, de part et d'autre, sur les couches épithéliales de la périphérie. Il en résulte un aspect des plus caractéristiques, la fausse membrane diphtérique, au sens allemand du mot, coiffant la presque totalité de la saillie tumorale. Les couches de fibrine sont formées aux dépens des épithéliums et des leucocytes exsudés. L'examen microscopique des coupes le démontre aisément. Elles sont épaisses, denses et leur surface est recouverte de leucocytes, de mucus et de microbes.

Traitées par le Weigert, les coupes montrent deux espèces très distinctes de micro-organismes.

a) Des bacilles longs, assez minces, accessibles au Gram et uniquement logés à la surface de la fausse membrane, dans laquelle ils ne pénètrent qu'à peine.

b) Des microcoques arrondis, ténus, souvent en diplocoques et en amas arrondis, parfois aussi en chaînettes ; ces microbes s'enfoncent de la surface dans les couches plus profondes de la fausse membrane, sans toutefois aller jamais jusqu'aux assises de l'exsudat fibrineux ; les points où ils disparaissent, sont toujours plus rapprochés de la surface que du derme, auquel les streptocoques ne confinent en aucun point.

En résumé, la masse dont l'examen m'a été confié n'est point une tumeur. Elle consiste en une hypertrophie chronique de la muqueuse buccale, purement inflammatoire. Le centre de sa surface est ulcéré et recouvert de fausses membranes fibrineuses infiltrées de microbes. Ces microbes ne semblent avoir joué aucun rôle pathogénique dans la formation des exsudats.

Obs. 4. — FEDE, in *Traité des maladies de l'enfance*, par M. COMBY.

Une enfant âgée de 9 mois, entre à la clinique le 13 décembre 1899, parce qu'elle souffre de troubles digestifs, bien qu'étant nourrie au sein.

Elle ne souffre pas ; n'est pas gênée pour téter ; mais elle est pâle et languissante. On découvre, sur le frein de la langue une production ulcérate de plus d'un centimètre de diamètre, présentant deux dépressions latérales situées juste en regard des incisives moyennes inférieures.

La malade présente de petits ganglions cervicaux et inguinaux, la rate est grosse, pas de signe de rachitisme.

L'enfant pèse 6,720 grammes ; sa température oscille entre 36°2 et 36°9.

L'examen de son sang donne les renseignements suivants :

Globules rouges.....	1.840 000
Globules blancs.....	11.840
Hémoglobine.....	45

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants; mais deux sœurs sont mortes, l'une à 14 mois, l'autre à 11 mois de la même maladie; une autre sœur a succombé à une affection aiguë. Deux autres enfants sont en bonne santé.

Evolution de la maladie. — L'ulcération sublinguale est améliorée par des lavages boriqués et par le limage des dents; une partie de l'ulcération est enlevée en vue d'un examen de laboratoire.

Mais en dépit d'un traitement hygiénique, l'état général ne se relève pas.

Il survient une rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Les selles sont verdâtres et muqueuses, riches en coli-bacilles; vomissements, dénutrition, érythèmes, abcès multiples de la peau, algidite, pétéchiés, tétanie, spasme de la glotte, prostration.

Sur le crâne, au niveau du pariétal droit, au point où il s'unit au pariétal gauche et à l'occipital apparaît une dépression avec ramollissement, de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

L'ulcération persistant, on arracha les dents et la cicatrisation se fit parfaitement; l'enfant fut envoyée à la campagne, allaitée par une bonne nourrice, son état s'améliora et elle finit par guérir, et aujourd'hui la fillette est florissante, pèse son poids normal, l'anémie a disparu, la rate a repris son volume normal.

EXAMENS DE LABORATOIRE. — 1° *Bactériologie*: La recherche des microbes dans l'ulcération sublinguale a été négative.

2° *Anatomie pathologique*: On trouva à la coupe une structure habituelle à ce genre de papillomes avec ulcération à la surface et infiltration de petites cellules dans le réticulum fibreux.

Obs. 5. — Ernst DEUTSCH, *Archiv fur Kinderheilkunde*, Stuttgart, 1905, XL, p. 188, 174.

Le 19 février 1903. — Une femme se présente à la clinique, avec un nourrisson âgé de trois mois, demandant à donner à son fils un

allaitement artificiel parce qu'elle n'a plus assez de lait. Comme l'enfant paraît en bonne voie de développement et que la femme paraît presque avoir assez de lait, on lui accorde pour son usage personnel un litre de lait par jour et on lui donne quelques conseils d'hygiène.

Le 5 mars. — L'enfant est atteint de bronchite catarrhale qui cède en quelques jours au traitement créosoté.

Le 25 mai. — Catarrhe bronchique et catarrhe intestinal aigu ; les deux incisives inférieures sont en train de percer. Crises convulsives répétées. Sur le frein de la langue, on note une ulcération dure, couverte d'un enduit grisâtre, grosse comme un grain de café. On réglemente l'allaitement.

Le 11 septembre. — L'enfant qui n'a pas été revu depuis sa dernière visite présente au niveau du frein de la langue, une ulcération dure nettement limitée, couverte d'un enduit grisâtre, longue de 1 cent. $\frac{1}{4}$, épaisse de $\frac{1}{4}$ de centimètre, large de $\frac{3}{4}$ de centimètre. La succion est gênée au dire de la mère ; les deux incisives inférieures ont percé.

Le lait de la mère diminue ; l'enfant a une bronchite contre laquelle est ordonnée de la créosote.

On recommande vivement à la mère de sevrer l'enfant. L'ulcération est traitée mais sans succès avec de la teinture d'iode et du nitrate d'argent.

Le 2 novembre. — L'ulcère est extirpé au Stephanisch-Hospital ; le néoplasme est circonscrit par une incision qui passe à deux millimètres du bord de l'ulcère et pénètre à deux millimètres de profondeur dans la musculature de la langue. Les bords de la plaie sont réunis.

Le 22 décembre. — La femme, qui n'a pas ramené son enfant depuis le jour de l'intervention, n'a pas suivi non plus le conseil de cesser l'allaitement.

La tumeur se présente à son ancienne place avec ses anciens caractères.

Le 29. — Extraction de l'incisive droite inférieure.

Le 13 janvier 1904. — La tumeur se présente avec sa dimension primitive, à gauche du frein de la langue, avec une ulcération

répondant à l'incisive non extraite ; la partie droite de l'ulcération a complètement disparu.

La mère promet de cesser l'allaitement.

Le 9 février. — L'ulcération a complètement regressé, à sa place se montre seulement une petite cicatrice. La mère a cessé l'allaitement deux semaines auparavant. Le développement de l'enfant est normal.

Examen histologique (CORNELIUS PREISICH). — Hypertrophie de la sous-muqueuse avec excroissances papillaires, qui sont recouvertes par un épithélium cubique stratifié, la couche supérieure est cornée.

Une partie de l'ulcère est dépouillé de revêtement épithélial. A ce point, la sous-muqueuse présente une infiltration de cellules rondes. Diagnostic : papillome.

Obs 6. — Dott. Ugo FRIZZONI, *Un caso di produzione sotto-linguale con abbondante accumulo di cellule eosinofile fra gli elementi del tumore.*

Un enfant de 7 mois est présenté à la consultation pour une ulcération sublinguale. Nourri au sein par une mère bonne nourrice ; dans un état excellent de santé générale ; cet enfant n'avait jamais présenté aucune sorte de troubles ; aucune trace de rachitisme.

La tumeur sublinguale est sessile, située à la base du frein de la langue ; elle a la grosseur d'un grain de maïs. Elle est assez dure, indolente, de couleur blanchâtre, de surface polie et lisse ; mais on note, au niveau de la partie inférieure de la tumeur, une légère ulcération.

Aucune trace de stomatite.

La tumeur fut excisée d'un coup de ciseau, et nous en donnons plus loin les caractères histologiques.

Au bout de 15 jours la tumeur reparut, persista quelque temps puis se mit lentement à regresser. Cinq mois plus tard elle avait complètement disparu. L'enfant toujours allaité par sa mère était

en excellente santé et n'avait présenté de troubles d'aucune espèce.

Examen histologique. — La tumeur est fixée au sublimé corrosif et dans la liqueur de Flemming. L'examen des coupes donna les résultats suivants : sur toute la périphérie de la tumeur, sauf au point où elle adhère à la muqueuse linguale, et là où siège l'ulcération, l'épithélium pavimenteux stratifié à une épaisseur d'un $1/2$ millimètre environ.

Les éléments cellulaires de la couche superficielle sont aplatis, allongés, présentent des vacuoles contenant une substance amorphe réfringente, facilement colorable avec les colorants du protoplasme ; quand aux noyaux cellulaires, ils manquent dans certains éléments, dans d'autres ils sont atrophiés, contractés, revenus sur eux-mêmes, et laissent entre eux et le protoplasme cellulaire une zone claire périnucléaire.

Dans les couches plus profondes, les cellules moins aplaties ne présentent rien de particulier.

Cependant la dernière couche, qui correspond à la partie basale de la couche de Malpighi, est constituée par des éléments plus petits, à grand diamètre vertical ; à son niveau, ainsi d'ailleurs que dans quelques-unes des couches immédiatement sus-jacentes, on remarque quelques éléments dont le noyau est en mitose, tantôt en forme de monaster, tantôt de diaster.

Dans toutes ces couches épithéliales, mais particulièrement dans les couches moyennes, on voit avec assez de netteté les espaces inter-cellulaires et les épines décrites par Bizzorero.

La couche sous-jacente à cet épithélium, et qu'on peut appeler couche dermique, est constituée de faisceaux connectifs très fins qui s'entrecroisent et dans lesquels se trouvent disséminés de nombreux éléments de nature connective. Cette couche conjonctive se prolonge en forme de papilles radiées dans le tissu épithélial ; celui-ci envoie également des prolongements dans la couche dermique.

Celle-ci présente de nombreux vaisseaux contenant des globules rouges et des espaces lymphatiques tapissés par un endothélium.

Au niveau de la région par laquelle la tumeur adhérerait à la

muqueuse linguale, le réticulum des fibres conjonctives, est plus serré. On n'y observe ni fibres musculaires, ni éléments glandulaires.

En outre, et plus spécialement dans les parties superficielles du derme, on remarque une abondante infiltration d'éléments polynucléaires, infiltration qui n'est pas limitée au derme, mais s'étend dans les couches profondes du tissu épithélial dont les espaces intra-cellulaires sont occupés par des polynucléaires.

Mais ce qu'il y a de tout à fait remarquable, c'est que sur des coupes colorées à l'éosine, un grand nombre de ces polynucléaires montrent de grosses granulations réfringentes, fortement colorées par l'éosine. Ce sont des polynucléaires éosinophiles, possédant un noyau vivement coloré, double ou polymorphe le plus souvent, parfois unique et arrondi. Nulle part de noyaux en mitose.

Ces éosinophiles sont en plus grande abondance au voisinage immédiat de la couche papillaire, mélangés aux autres éléments conjonctifs.

Les vaisseaux renferment également quelques éosinophiles ; ceux-ci deviennent plus rares dans les papilles, bien qu'ils dépassent celles-ci pour pénétrer dans l'épithélium, dont ils occupent les espaces lacunaires jusqu'au voisinage des couches les plus superficielles, où ils sont, il est vrai, plus disséminés — avec eux occupant les mêmes lacunes, on trouve des polynucléaires sans granulations distinctes et quelques hématies.

Au niveau de l'ulcération les couches épithéliales font défaut. Le derme resté à nu, renfermant de nombreuses cellules conjonctives jeunes, se trouve au même niveau que le tissu épithélial de la portion non ulcérée de la tumeur, il n'en est séparé que par un sillon très étroit, mais profond.

On y trouve également une riche infiltration d'éléments polynucléaires, mais aucun d'eux ne contient de granulations éosinophiles.

Les éléments les plus superficiels sont atteints de nécrose ; on remarque de nombreuses hématies, soit mélangées aux éléments conjonctifs, soit dans les capillaires sanguins qui à ce niveau sont plus nombreux et plus dilatés.

Les préparations traitées par la méthode de Weigert, montrent que les éléments épithéliaux, les plus voisins de la couche papillaire, sont entourés d'un reticulum très fin de fibrine, qui correspond aux espaces intra cellulaires et fait défaut dans les parties les plus superficielles

Dans la couche papillaire, pas de fibrine, mais un nombre restreint d'éléments à granulations basophiles (mastzellen) qui manquent dans les couches profondes et au niveau de l'ulcération.

Au voisinage de celle-ci il y a précipitation abondante et irrégulière de fibrine, surtout à la périphérie autour des éléments nécrosés.

Sur ces préparations, et surtout sur celles colorées avec le liquide de Löffler, on remarque un dépôt de bactéries plus ou moins abondant suivant les endroits.

Ce sont des formes courtes, bacillaires, disposées deux à deux (diplobacilles) ou en chaîne (streptobacilles), qui ne résistent pas à la méthode de Kütscher, modification de celle de Gram ; on voit encore des amas de cocci (staphylocoques) et quelques sarcines.

Les bactéries, là où la tumeur n'est pas ulcérée, n'en occupent que la couche superficielle au niveau de l'ulcération, au contraire, les microbes s'enfoncent au milieu des éléments conjonctifs jeunes et dans les parties du tissu en voie de nécrose pour y former des amas serrés, formés principalement de staphylocoques.

Cette étude montre qu'il s'agit d'une néoformation de nature mixte, conjonctive et épithéliale qui appartient à la catégorie des papillomes mous.

Obs. 7. — EMILIO-MEYNIER, *Rivista di Clinica Pediatrica*.
Fasc. 2, février 1904.

Un enfant de 40 mois, R. Domenico, de Brà, est présenté le 29 mars 1903, à l'ambulance pédiatrique de l'hôpital Maria Vittoria.

Il est le 4^e enfant d'une famille d'ouvriers. La mère n'a jamais eu d'avortement : le premier né, prématuré, né à 7 mois, est mort à l'âge de 16 jours. Le second a 3 ans, et fréquemment souffre de

bronchite, le 3^e a deux ans, et est rachitique. Ces deux derniers enfants ont été allaités par leur mère jusqu'à l'âge de 6 mois. Le 4^e enfant a été soumis à l'allaitement maternel, jusqu'à 9 mois, puis depuis 4 mois est soumis à l'allaitement mixte. Il était très mal réglé, prenant le sein tantôt le jour, tantôt la nuit. Ses 2 incisives médianes inférieures ont commencé à sortir à 5 mois.

A 7 mois, il a eu une toux obstinée, du catarrhe bronchique simple.

C'est au commencement de cette maladie qu'on a remarqué une petite tumeur sur le frein de la langue.

Celle-ci a mis deux mois à atteindre le volume actuel.

L'enfant n'a jamais eu de fièvre, ni aucune gêne pour prendre le sein ; il était dans un état général peu florissant, mais aucun stigmate de rachitisme.

La muqueuse buccale est normale, les ganglions cervicaux pas trop volumineux. Il n'a que les 2 incisives médianes inférieures qui ont poussé à l'âge de 5 mois.

La petite tumeur se présentait plutôt aplatie, de la largeur d'une pièce de 4 centime, assez dure. Dans la partie centrale elle était couverte d'un exsudat blanc perlé, qui se détachait partiellement lorsqu'on la saisissait avec une pince ; au-dessous, la muqueuse paraissait ulcérée et sanguinolente.

La tumeur fut extirpée, et au bout d'une semaine l'enfant était presque guéri. Je ne l'ai pas revu depuis.

Examen histologique. — La superficie de la tumeur est revêtue, sauf au niveau de la portion ulcérée, d'un épithélium pavimenteux stratifié dans les couches propres desquelles on trouve un grand nombre de figures de karyokinèse. De grosses touffes épithéliales, terminées en ramifications digitées, s'enfoncent dans le derme sous-jacent, qui est lui-même infiltré de nombreux éléments les uns fixes, les autres mobiles. Les vaisseaux sont dilatés, et l'on voit de grandes lacunes lymphatiques. C'est dans ce tissu que j'ai rencontré une infiltration abondante de cellules éosinophiles ; pour les mieux mettre en évidence, je me suis servi de la méthode de coloration regressive du docteur Landel, indiquée par Violet dans son étude sur l'éosinophilie des végétations adénoïdes (*J. de l'ana-*

tomie et de la physiol., 1903, n° 2) et consistant dans une hypercoloration avec l'hématoxyline, puis décoloration par l'alcool chlorhydrique, hypercoloration par l'éosine, puis décoloration dans l'alcool à 65° contenant un excès de carbonate de lithine. De cette façon, j'obtins des préparations qui mettaient parfaitement en évidence les noyaux et les granulations éosinophiles.

Ces éléments étaient tellement abondants que dans un point de la préparation, dans une coupe vue avec un grossissement de 1200 diamètres, j'ai pu en compter 38.

Leurs noyaux étaient généralement multiples ; mais j'ai, comme le Dr Frizzoni, rencontré pas mal de mononucléaires.

Ces éléments étaient diversement distribués ; à côté du point où ils se présentaient en tas, existaient des endroits où ils manquaient complètement, et d'autres où l'on n'en rencontrait que de petits groupes isolés.

Je n'ai pu en trouver que quelques éléments dans les couches profondes de l'épithélium ; je n'ai pu réussir à en trouver à l'intérieur des vaisseaux.

Grâce à la méthode de Unna, j'ai pu encore mettre en évidence un certain nombre d'éléments à granulations basophiles, parmi les éléments du tissu conjonctif papillaire.

Par contre, dans la portion ulcérée de la tumeur j'ai trouvé, à la place des couches épithéliales, une riche infiltration de petites cellules et une exsudation fibrineuse abondante.

Or dans cette portion de la tumeur, les cellules éosinophiles manquaient complètement, tandis que comme je l'ai déjà décrit, j'ai remarqué une flore bactérienne variée, composée en grande partie de cocci résistants au Gram, réunis et ramassés irrégulièrement ou en grappes, ou groupés deux par deux et de bacilles courts, trapus, isolés ou réunis en chaîne, ou deux à deux.

Cette flore bactérienne si abondante dans la portion ulcérée, était réduite à peu d'éléments dans les couches les plus superficielles de la portion revêtue de son épithélium, et ces microorganismes manquaient complètement dans les couches épithéliales profondes et dans la portion centrale de la tumeur où commençaient à apparaître en abondance les cellules éosinophiles.

Obs. 8. — Personnelle (prise dans le service du D^r COMBY).

Il s'agit d'une fillette de 19 mois venue à terme, soumise à l'allaitement mixte, la mère n'ayant pas assez de lait. L'enfant est sujette à de fréquentes diarrhées. Elle a commencé à marcher à 12 mois, elle a été sevrée à 16 mois ; c'est à cette époque que sont apparues ses premières incisives ; à ce moment elle eut une diarrhée fébrile qui dura deux mois. Elle cessa dès lors de marcher.

Depuis une semaine la fillette crie beaucoup, surtout la nuit, tousse un peu et il y a deux jours la mère lui a découvert une ulcération sous la langue, pour laquelle elle vient consulter le 26 avril.

Antécédents héréditaires. — Le père bien portant, a 31 ans, la mère également bien portante a 30 ans ; elle a eu un érysipèle de la face à 28 ans.

Elle a deux autres enfants, un petit garçon de 5 ans qui est venu à terme, a été nourri au sein et est actuellement bien portant, et une petite fille de 4 ans, venue à terme, nourrie au sein, bien portante, mais qui a eu un érysipèle du tronc à l'âge de 9 mois.

Examen de l'enfant. — L'enfant chétif, pâlot, a le nez en lorgnette ; il présente sous la langue au niveau du frein, une ulcération arrondie, ayant à peu près 1 centimètre de diamètre, l'ulcération est recouverte d'une fausse membrane blanchâtre. Au toucher, on sent comme une sorte de callosité de la grosseur d'un petit pois constituant la base de l'ulcération. Aucune adénopathie ; à l'auscultation, on entend des râles ronflants du côté gauche.

Depuis son sevrage l'enfant est assez irrégulièrement nourrie, elle prend de la soupe, du café au lait et même du vin.

On prescrit un régime alimentaire mieux réglé, et l'on dit à la mère de toucher la petite lésion tous les jours avec un tampon d'ouate imprégné de teinture d'iode.

Le 5 mars 1910 l'enfant revient dans le service ; on constate une certaine amélioration de l'ulcération et on conseille de faire, par jour, deux applications, sur la partie ulcérée, de poudre de bleu de méthylène.

L'enfant revient ensuite, avec sa mère le 19 mars 1910, présentant tous les signes de la coqueluche; elle a des quintes, elle rend pendant les accès de toux; à l'auscultation on perçoit quelques râles de bronchite disséminés.

En ce moment l'enfant a 6 dents : les 4 incisives médianes et les deux incisives latérales supérieures. La mère nous dit, que depuis 2 jours elle présente un peu de diarrhée. L'état général est satisfaisant.

La production sublinguale est très améliorée.

Le 23 juin 1910, elle ne présente que des traces de sa production sublinguale, presque complètement disparue. Elle est pâle et notablement amaigrie, et sa mère nous annonce que depuis sa dernière visite à l'hôpital elle a eu une rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Depuis 8 jours, elle a la diarrhée. Elle n'a pas été revue depuis cette époque.

Obs. 9. — (Due à l'obligeance du Dr BROCA).

Alfred B., âgé de 8 mois, est amené à la consultation pour une ulcération sublinguale.

Antécédents. — Le père et la mère sont vivants et en bonne santé. Une fille de 2 ans a eu la coqueluche, elle a de la gourme, mais à part cela elle paraît assez bien portante.

L'enfant, né à terme après une grossesse régulière, est nourri au sein par la mère.

L'allaitement aurait été au début difficile à cause de petites gerçures du mamelon qui ont guéri au bout de 15 jours. Quoique son alimentation soit assez mal réglée, l'enfant paraît jouir d'une bonne santé relative, il dort bien, mange bien, ses selles sont normales.

Il est pourtant un peu pâlot, un peu chétif, mais rien dans son aspect général ne frappe particulièrement.

Sur la face inférieure de la langue siège une plaquette jaune grisâtre, à bords régulièrement arrondis et parallèles au rebord libre de la langue. En arrière elle s'étend jusqu'au sillon du plan-

cher buccal, latéralement et en avant elle est séparée du bord de la langue par une bande large de 2 millim., au niveau de laquelle la muqueuse linguale est saine.

Avec le pavillon de la sonde on se rend compte que cette surface jaunâtre est lardacée, molle et friable.

A noter que l'enfant a les 4 incisives médianes très bien développées. La dentition a commencé à 6 mois par les 2 incisives inférieures. On touche la plaque à la teinture d'iode. L'enfant viendra se faire voir tous les matins vers 9 heures.

Le samedi 28 *novembre*, l'enfant est venu régulièrement tous les jours ; on a touché la plaque à la teinture d'iode.

La surface jaunâtre s'est modifiée : le matin elle est toujours recouverte d'une couche d'exsudat jaunâtre sale.

En nettoyant avec de l'ouate on découvre une surface irrégulièrement excavée et occupée par de petites masses de granulations qui saignent légèrement. Les bords sont irréguliers, la plaie elle-même est longée d'avant en arrière par une petite crête sur laquelle les granulations ont poussé plus vite.

Si l'on rapproche la langue des incisives inférieures on se rend compte que cette crête correspond assez exactement à l'espace libre entre les deux dents, en correspondance duquel l'absence de frottement ne produit pas l'usure de la muqueuse.

L'enfant reviendra lundi pour être présenté à M. Broca.

Le lundi M. Broca constate qu'il y a une amélioration locale évidente.

Jeudi 17 *décembre*. — La plaque sous-linguale était réduite à presque rien. On avait continué à la toucher à l'iode tous les deux jours. L'enfant était bien portant.

Obs. 10. — (Due à l'obligeance du D^r Broca)

Louis D., âgé de 15 mois, est présenté à la consultation parce qu'il présente une ulcération sublinguale.

Sa mère est bien portante, son père a une maladie de cœur ; elle a trois enfants bien portants ; un autre enfant serait mort de congestion.

L'enfant né à terme, allaité par sa mère a toujours été bien portant.

Il y a 8 à 10 jours, la mère s'aperçoit qu'il existe sous la langue une petite peau blanchâtre, qui augmente progressivement. Pas de coqueluche, pas de quinte de toux.

Les 2 incisives médianes existent depuis l'âge de 6 ou 8 mois. Actuellement il perce ses 2 incisives latérales.

On remarque sous la langue à gauche du frein et à l'extrémité une exulcération blanchâtre indurée grosse comme une petite noisette.

Opération. — Ablation du tissu exulcéré. Suture par un surjet de fil de lin. Une douzaine de jours après l'opération une petite exulcération s'est formée à gauche de la précédente recouverte d'une petite pellicule blanchâtre ; peu à peu cette ulcération disparaît spontanément.

L'enfant, revu le 22 octobre 1907, est complètement guéri.

Obs. 11. — (Due à l'obligeance du D^r COMBY).

L'enfant, âgé de 5 mois, est amené à la consultation, le 7 juin pour une ulcération siégeant à gauche de la ligne médiane sous la pointe de la langue. Il y a huit jours que la mère s'est aperçue de cette ulcération qui était grosse comme la tête d'une épingle et de couleur blanchâtre. L'ulcération s'est agrandie rapidement. On remarque une ulcération superficielle, diphtéroïde, d'un diamètre de demi-centimètre environ, allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle correspond exactement aux deux incisives de la mâchoire inférieure qui sont extrêmement coupantes.

Le petit malade fait avec la langue un continuel mouvement de va et vient qui doit entretenir l'ulcération. On prescrit les attouchements à la teinture d'iode.

Obs. 12. — (Due à l'obligeance du D^r COMBY)

Marguerite V... est amenée à l'hôpital, le 8 décembre 1903 ; elle a 13 mois. Le père, âgé de 29 ans, est bien portant, la mère, âgée de 19 ans, également.

Depuis le 1^{er} novembre, la mère s'est aperçue que l'enfant présentait une petite ulcération sur le frein de la langue. L'enfant a deux petites incisives très coupantes et elle a l'habitude de projeter en avant sa langue, qui frotte ainsi sur le tranchant des dents.

Sur le frein de la langue, au milieu exactement, se trouve une petite production de la grosseur d'une lentille, à l'aspect diphtéroïde qui correspond exactement à l'endroit frottant sur les dents, quand l'enfant projette sa langue en avant. De plus, actuellement, l'enfant est constipée et présente de l'érythème des fesses.

Nourrie au sein jusqu'à 6 mois 1/2, l'enfant depuis ce temps est soumise à un allaitement artificiel bien réglé.

Obs. 13. — Dr MARIO ABETIL. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Berlin, 1909, LXIV, p. 203, 312.

Un enfant âgé de 14 mois, est amené à la consultation, le 17 octobre 1909.

Antécédents. — Rien de bien remarquable. Né à terme, l'enfant fut soumis à l'allaitement mixte. Il y a 5 mois, il souffrit de troubles gastro-intestinaux, provenant d'une alimentation mal réglée. Il était habituellement constipé et perdit beaucoup de son poids.

L'état général s'améliora, mais les troubles intestinaux se maintinrent opiniâtement.

A 13 mois, apparurent les deux incisives inférieures médianes.

La petite sœur de l'enfant, actuellement âgée de 3 ans, souffrit à 10 mois 1/2 de la même maladie et justement peu de jours après l'apparition de deux incisives médianes inférieures. Cette petite sœur reçut aussi, à cause de l'insuffisance du lait maternel, un allaitement mixte, mais surtout artificiel. Jusqu'à 7 mois elle se développa très mal, probablement à cause d'une alimentation mal réglée. Elle souffrit aussi de troubles intestinaux. Son état général finit pourtant par s'améliorer et maintenant elle est en très bonne santé.

La néo-formation sublinguale fut cautérisée avec du nitrate d'argent ; elle disparut en un mois et demi et n'a jamais reparu.

Notre petit malade a encore cinq autres sœurs. Les trois premières furent allaitées par leur mère, les deux dernières par une nourrice.

Depuis environ 14 jours, la mère remarqua sur le frein de la langue de l'enfant, une élévation blanchâtre, accompagnée d'une sécrétion salivaire extrêmement abondante. L'enfant fut très agité.

Actuellement, sur le frein, ou plus exactement au point où ce frein s'attache à la langue, se trouve une bosselure grosse comme un pois, qui fait sur le plan de la muqueuse buccale une saillie de 1 millim. $\frac{1}{2}$. Cette bosselure est un peu plus petite, mais un peu plus haute, que celle décrite dans ma première observation (obs. 19). Elle présente une couleur blanchâtre comme si elle était recouverte d'une couche fibrineuse ; elle a des bords dentelés et est creusée dans son centre. La muqueuse buccale ne montre aucune espèce de modification.

Le 17 octobre. — La néo formation sublinguale fut incisée et les bords de la plaie suturés par trois points.

Les dents ne furent pas arrachées parce que la mère s'y opposa.

Le 6 novembre. — Je revis l'enfant, la blessure est complètement cicatrisée, il n'y a pas de trace de récive.

L'enfant n'est pas encore sevré et se trouve dans un état de santé florissante.

Dans ce cas, je fis un examen de sang afin de savoir si je trouverais ou non en grande abondance des leucocytes éosinophiles et je trouvai :

Lymphocytes.....	53.6 %.
Gros mononucléaires et formes de passage.....	9.7
Neutrophyles polynucléaires.	34.5
Eosinophiles polynucléaires.....	2.3

Le pourcentage des leucocytes éosinophiles n'est nullement supérieur à la normale, car d'après Carsangen, le pourcentage normal doit pour les deux premières années de la vie, osciller entre 0,7 et 3,5 %.

Obs. 14. — DUFURNIER, *Pr. méd.*, 1895, p. 80, 2. III.

Je fus appelé le 18 avril 1894, pour voir l'enfant X..., âgée de deux mois et demi, atteinte de broncho-pneumonie.

Cette enfant, nourrie au sein, issue de parents forts et vigoureux, avait déjà dépéri notablement depuis quelques jours, au dire de la mère. Pendant les 15 jours consécutifs que je la vis, le mauvais état général ne fit que s'accroître. Du reste, aux troubles pulmonaires, s'étaient vite ajoutés des troubles gastro-intestinaux. Le 4 mai, la période aiguë paraissait terminée, je ne revis plus l'enfant, mais je fus rappelé le 12 mai à cause d'une reprise des troubles primitifs : dyspnée, cyanose, menaces d'asphyxie, toux coqueluchoïde, vomissements, de plus l'enfant repoussait le sein.

Quelques jours après la mère me signalait sur le frein de la langue une petite ulcération analogue à celle de la coqueluche. Je n'avais point, jusqu'à ce jour, pensé à faire le diagnostic ferme de coqueluche malgré la toux et les vomissements, car à aucun moment je n'avais surpris les quintes caractéristiques.

De plus, l'absence de coqueluche dans le quartier et plus particulièrement dans la maison où cohabitaient deux jeunes sœurs de la malade, ne m'avaient pas engagé à affirmer la coqueluche.

Cette ulcération ébranle un peu ma conviction, et je penchais davantage vers cette hypothèse, expliquant la forme un peu fruste de la coqueluche par l'âge de l'enfant (trois mois), par les phénomènes aigus, par le mauvais état général. J'ajoute que les premières fois que j'observais cette ulcération, *l'enfant n'avait point de dents*.

L'ulcération sublinguale, malgré les topiques et l'antisepsie buccale, s'étendit peu à peu. En quinze jours (2 juin), elle devint large comme une pièce de cinquante centimes, faisant saillie sur la surface de la langue. Elle présentait une consistance parcheminée et était recouverte d'un exsudat blanchâtre.

L'aspect de l'ulcération, l'absence de dents, la marche des acci-

dents broncho-pulmonaires me suscita alors le diagnostic d'ulcération tuberculeuse.

Le 8 juin, je vis apparaître, malgré le jeune âge de l'enfant (quatre mois), les deux incisives inférieures moyennes.

L'ulcération persista, jusqu'à la mort qui survint le 17 juin, précitée par les phénomènes broncho-pulmonaires. Les circonstances ne m'ont point permis de recueillir la pièce.

Ma conclusion actuelle est que j'ai eu affaire à une broncho-pneumonie tuberculeuse avec adénopathie trachéo-bronchique de même nature et que l'ulcération sublinguale n'était autre que la maladie de Riga.

Obs. 15. — D^r MARIO-ABETTI, *Jahrbuch für Kinderheilhunde*, Berlin, 1909, t. XIX, p. 203, 212.

Une petite fille de 9 mois 1/2, née à Florence, est amenée le 24 août 1907 dans la section de chirurgie infantile.

Antécédents. — Dans la famille de l'enfant, rien de particulier. L'enfant née à terme fut confiée à une nourrice, qui l'a eu près d'elle jusqu'à ces derniers temps, et qui, à l'apparition d'une nouvelle grossesse, fut obligée de s'en séparer. Depuis ce temps l'enfant fut nourrie artificiellement. Elle s'est développée très normalement sans maladie, sans aucune trace de rachitisme.

Ses fonctions gastro-intestinales s'accomplissent très régulièrement. Au 8^e mois les incisives médianes inférieures firent leur apparition.

La petite fille est la cadette de 5 sœurs. Ses sœurs sont en bonne santé ; trois d'entre elles furent allaitées par leur mère, l'une fut confiée à une nourrice et l'autre élevée artificiellement. Aucune n'a été atteinte de l'affection dont souffre notre petite patiente.

Cette affection fut remarquée par les parents lorsque la petite revint de nourrice ; il est impossible de fixer la date exacte du début de la maladie. Les parents croient qu'elle a commencé à l'apparition de la première dent.

Actuellement dans la région du frein de la langue on trouve une intumescence siégeant presque sur la ligne médiane ; il y a là une

élevure dépassant le plan de la muqueuse, de forme allongée dont la surface est lisse, de couleur blanche, de la grandeur d'une pièce de 1 centime, avec des bords dentelés ; elle paraît indolore.

Pas de muguet. Le bord des deux incisives inférieures médianes rappelle les dents d'une scie.

On ne trouve aucun ganglion augmenté de volume dans la région cervicale.

L'état général est bon.

Avant d'entreprendre l'extirpation de cette néoformation sublinguale, j'arrachai les deux incisives, et pus déjà au bout de quelques jours constater une régression appréciable de la néoformation.

Pour hâter la guérison, j'excisai le tissu malade entre deux incisions elliptiques ; et je réunis les bords de la perte de substance.

L'enfant quitta l'hôpital avec une blessure complètement cicatrisée.

Le 4 septembre je la revis et ne trouvais nulle trace de récidence.

On continua l'allaitement artificiel. L'état général est resté très satisfaisant.

Examen histologique des obs. 13 et 15. — L'épithélium recouvrant la muqueuse a, dans la zone périphérique, une disposition normale, aussi bien en ce qui concerne les couches cellulaires que les cellules elles-mêmes.

L'épithélium forme un plan uni et dans ses couches profondes, on trouve quelques figures de karyokinèse assez rares d'ailleurs.

Dans le cas 13, dans un coin de la préparation, l'épithélium pouvait paraître hyperplasé. Mais en tenant compte de la direction des coupes et en considérant les corps papillaires, nous remarquons que ceux-ci gagnent très obliquement la périphérie.

Nous concluons que cette tumeur appartient au groupe des papillomes.

Dans la partie centrale où s'exerçait la pression des dents se trouve une perte de substance.

L'épithélium est brusquement interrompu et présente au voisinage de l'ulcération des traces indubitables de dégénérescence et d'inflammation. Dans quelques cellules, les noyaux sont colorés plus fortement qu'à l'ordinaire.

En d'autres points les éléments cellulaires sont résorbés et il existe quelques lacunes.

Les épines cellulaires ne sont plus visibles ; les cellules sont séparées les unes des autres et dans leur intervalle apparaissent des globules blancs parmi lesquels prédominent les polynucléaires neutrophiles.

Dans le premier cas (obs. 43), l'ulcération a une forme arrondie avec des points émoussés qui s'enfoncent dans le chorion de la muqueuse.

L'ulcération est recouverte en grande partie par une membrane fibrineuse qui contient des éléments cellulaires dégénérés et nécrosés.

Le tissu se trouvant sous l'ulcération ne se présente pas comme un tissu conjonctif normal, mais comme une sorte de tissu granuleux, à un point assez avancé de son développement.

Il se compose d'un stroma de fibres que met nettement en évidence l'emploi de la méthode de Gieson, de vaisseaux pas extraordinairement nombreux et de cellules mononucléées de différentes grandeurs et d'aspect varié, qui peuvent s'étirer de telles sortes qu'elles prennent l'aspect de fibres ; on remarque aussi des polynucléaires, surtout dans les couches superficielles ; je ne pus trouver ni cellules géantes, ni *plasmazellen*.

Dans le deuxième cas (obs. 43), se répètent les mêmes apparences. L'épithélium fait défaut au milieu, sur une plus grande surface, mais à sa place nous trouvons un tissu de granulations, qui occupe en partie aussi le chorion.

Ce tissu granuleux montre un caractère embryonnaire et doit, pour ce motif, être plus jeune que celui précédemment décrit.

L'histoire de la maladie confirme la constatation microscopique, car dans le premier cas, la maladie datait d'un mois, et dans le second de 14 jours.

Ce tissu néoformé est un tissu réticulé, dans les mailles duquel se trouvent de nombreux éléments de type épithélial avec de grands noyaux ovales ou ronds. Je n'ai remarqué ni cellules ni éosinophiles.

La surface libre est revêtue d'une fausse membrane fibrineuse

qui recouvre aussi les couches épithéliales voisines. Dans ses dernières couches, l'épithélium apparaît nécrosé et infiltré de leucocytes.

Obs. 16. — DOMENICO CAPUCCIO, *locò citato*.

Giovanni Servillo, âgé de 11 mois, né à terme, sans aucun stigmate héréditaire, est dans un assez bon état de nutrition. Son développement squelettique est normal. La mère, âgée de 37 ans, saine et robuste, a déjà eu 8 garçons dont 4 sont morts quelques jours après la naissance.

Quatre sont vivants et en bonne santé. L'enfant que l'on nous amène, atteint d'adénite chronique, a toujours eu une assez bonne santé, à l'exception de quelques bronchites catarrhales ; mais il a une tendance marquée à la constipation.

Vers la fin du 7^e mois ont percé les incisives inférieures ; depuis quelques semaines la mère a remarqué que l'enfant qui tette à de brefs intervalles, est très avide du sein, surtout la nuit, où il y reste attaché longuement.

Il est un peu agité et de mauvaise humeur, il mord souvent le mamelon en suçant.

En examinant la bouche de l'enfant, j'ai découvert au-dessous de la langue sur le frein, un relief grand comme un bouton de chemise, blanchâtre, opalin.

A mon premier examen, la production sublinguale a déjà envahi une bonne partie du frein, ayant les dimensions d'une graine de lupin.

Les incisives inférieures sont petites, sur le même plan, peu dentelées, mais tranchantes, surtout sur les angles.

L'enfant pèse 9 kg. 700.

Le sein de la mère a un développement régulier, le mamelon est d'une longueur de près de 3 centimètres.

Au moment où l'enfant prend le sein, il a des mouvements de hâte et d'impatience dans les lèvres et les joues ; il tette avec un effort évident.

La mère raconte que durant tout le temps qu'il tette, elle sent

sur son mamelon le tranchant des incisives et bien souvent cette pression devient douloureuse.

La durée moyenne de chaque tétée est d'un peu plus de 20 minutes. La quantité de lait prise chaque fois atteint en moyenne 60 grammes.

On peut obtenir que la mère use de plus de méthode dans l'allaitement.

Malgré cela la production va s'améliorant lentement et finit par disparaître après une période de quatre mois.

Obs. 17. — GIOVANNI BERTI, *Sopra ad un caso di malattia di Riga*, *Bull. di Sc. Med. di Bologna*, 1903, 8, s, III, p. 216-220.

Il s'agit d'un enfant, âgé de 4 ans environ, qui me fut présenté il y a 3 mois et chez lequel je remarquai un frein de la langue gros et court, et que sa mère me ramena le 14 mars 1903 parce qu'il toussait depuis près de deux mois et surtout parce qu'il présentait une tumeur intra-buccale que ses parents avaient remarqué il y a trois semaines, l'enfant ne s'en était pas plaint, il sortait sa langue pendant un certain temps à chacun de ses accès de toux. La mère n'amena pas directement l'enfant à la clinique, ce ne fut que lorsque la tumeur commença à grossir et gêna l'enfant pour parler, qu'elle se décida à consulter.

La tumeur présentait à peu près les dimensions d'une noisette, aplatie d'avant en arrière, elle était placée sur le plancher buccal au point où le frein de la langue s'entrecroise avec la crête des caroncules.

La surface en était irrégulière. Sa couleur n'était pas uniforme ; à certains endroits elle était rouge, c'est-à-dire de la même couleur que la muqueuse buccale, à d'autres endroits elle présentait un aspect blanchâtre rappelant la couleur d'une fausse membrane nécrobiotique.

La base d'implantation était large ; la hauteur de la face antéro-inférieure du néoplasme pouvait être d'environ 2 centimètres, tandis que la hauteur de la face postéro-supérieure atteignait à peine 1 centimètre.

La consistance était « sarcoïde ».

La sensibilité était nulle ; aucune mauvaise odeur ; aucune tendance à saigner.

Je fis le diagnostic de maladie de Riga ; prescrivis un traitement bromoformique contre la coqueluche, cause probable de la tumeur, et localement l'emploi d'une simple solution de chlorate de potasse pour déterger la tumeur.

Cette excroissance diminua progressivement et spontanément ; par un processus essentiellement involutif (comme l'a montré Guida). Car cette petite tumeur décrut et disparut sans que se soit jamais produit une augmentation de l'activité nécrobiotique ; elle diminua, tout au contraire, simplement et parallèlement en même temps que le nombre et l'intensité des accès de toux.

Obs. 18. — PIRONNEAU. Sur un cas d'ulcération sublinguale des nourrissons ou maladie de Riga. *Gazette des hôpitaux*, 7 juin 1910.

René P. ., 9 mois, est présenté à la consultation de chirurgie de l'hôpital Bretonneau pour une ulcération de la face inférieure de la langue.

Cette ulcération, arrondie, de la dimension d'une pièce de deux francs, détruit le frein et gagnant la pointe l'entame largement ; les bords nettement dessinés circonscrivent un fond à peu près plat recouvert d'une sanie jaunâtre ; les tissus voisins sont épaissis et tuméfiés. En regard de l'ulcération pointent les deux incisives médianes apparues à l'âge de deux mois et demi.

Le début remonte à huit jours, mais l'enfant a souffert il y a un mois d'une broncho-pneumonie consécutive à la rougeole.

Jusqu'à cette époque, l'enfant s'est toujours bien porté : nourri au sein pendant le premier mois, au biberon ensuite, il a grandi normalement. Il est le dernier d'une famille de quatre enfants dont deux sont morts, l'un à trois mois de diarrhée verte, l'autre à trois ans de diphtérie.

Notre petit malade présente deux incisives médianes inférieures et nous ne pouvons nous défendre au premier examen d'attribuer

à ce petit butoir tranchant l'ulcération développée à la face inférieure de la langue. Les mouvements de va-et-vient ont pu être exagérés sous l'influence des accès de toux chez cet enfant atteint de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole.

Des cautérisations à la teinture d'iode, puis au nitrate d'argent, pratiquées deux jours de suite n'apportèrent aucune modification à l'aspect de l'ulcération.

Dès que la mère du petit malade nous eût autorisé à pratiquer l'ablation des deux incisives médianes inférieures, nous constatâmes au bout de vingt-quatre heures une amélioration extraordinaire et en trois jours, cette ulcération très étendue, qui datait de plus de deux semaines, était complètement cicatrisée.

Obs. 19. — MOUCHET, Maladie de Riga. *Gazette des hôpitaux*, 1905.

Voici une petite fille qui présente depuis six semaines une ulcération du frein de la langue et tout desuite en nous la montrant, la mère nous dit que ce doit être la dent incisive qui doit être la coupable. Celle-ci a percé il y a six semaines environ quelques jours avant l'apparition de l'ulcération actuelle. Elle est très pointue et la mère a cru devoir la limer, avec une pierre ponce trempée dans l'eau boriquée.

Depuis 15 jours l'enfant paraît profiter moins, elle a même des selles un peu trop fréquentes, liquides et verdâtres parfois. Son hygiène alimentaire est cependant irréprochable, elle est nourrie au sein maternel et bien réglée. Elle tette facilement et ne paraît pas autrement incommodée par la présence de l'ulcération sublinguale.

L'incisive médiane inférieure gauche est complètement sortie, elle n'a plus une extrémité pointue comme auparavant.

La bouche partout ailleurs est en excellent état.

L'ulcération n'a guère changé d'aspect après trois cautérisations nécessaires, j'ai extrait l'incisive et j'ai eu la satisfaction de voir l'ulcération disparaître en 5 jours.

Obs. 20. — FEDE, *Rivista di Clinica Pediatrica*. Vol. I, fasc. 8, Août 1903.

Michel R., 8 mois 1/2, pesant 8 kilogr. 115, très bien nourri par une jeune mère d'une magnifique santé, ayant un lait excellent et abondant, a une production sublinguale grisâtre d'un diamètre de 12^{mm}, évidemment produite par les deux incisives médianes inférieures aiguës et tranchantes qui se trouvent en face d'elle et continuent à l'irriter, après en avoir ulcéré la surface.

L'enfant ne souffrait de rien d'autre et il prenait à sa mère à chaque tétée 200 gr. de lait ; sa digestion était parfaite, ses selles normales.

Les applications locales et le limage des dents ne réussissaient pas à le débarrasser de la production sublinguale. Il fallut lui les extirper. La guérison survint en deux semaines.

Obs. 21. — BROCA in E. AUDARD, La maladie de Riga. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, XX, 1902, p. 49.

Un petit garçon, âgé de 13 mois, est présenté au début de juin 1897, à la consultation de chirurgie de l'hôpital Trousseau, parce qu'il a une ulcération sur la face inférieure de la pointe de la langue.

L'enfant venu à terme a toujours été élevé au sein maternel et l'est encore actuellement. La dentition a été longue et pénible. La première dent, l'incisive médiane inférieure du côté droit est apparue seulement à 9 mois.

En mai 1907, l'enfant a eu du muguet et c'est immédiatement après la guérison du muguet que l'ulcération a été remarquée par la mère et depuis lors elle n'a cessé d'augmenter progressivement d'étendue.

Antécédents héréditaires. — Le père est bien portant, la mère souffre de l'estomac depuis sa dernière grossesse qui a abouti à la naissance du petit malade. Deux sœurs plus âgées sont en bonne santé.

Traitement. — Pendant un mois, on fait sur cette perte de substance des attouchements à la teinture d'iode, et des cautérisations répétées au nitrate d'argent, mais on n'obtient aucun résultat.

Le 8 juillet M. Broca décide l'excision d'ulcération qui siège au contact du frein sur la face inférieure de la pointe de la langue en regard de l'incisive médiane inférieure droite présente alors les dimensions d'une lentille et est recouverte d'un exsudat blanchâtre pseudo-membraneux.

L'extirpation est pratiquée, suture de la muqueuse à la soie. Ablation des fils au bout de 8 jours, réunion par première intention.

Obs. 22. — AUDRY, *Bull. Société méd. des Hôp. de Lyon*, 1902, II, p. 129.

Un petit garçon de 7 mois est amené à l'hôpital, le 7 mars 1902, parce qu'il tousse depuis un mois et porte un bouton sous la langue.

Il a commencé à tousser le 3 février, à la suite paraît-il d'une sortie faite pour son baptême et c'est deux ou trois jours après que l'on s'aperçut de la présence du bouton sublingual.

A l'examen, on constate la présence en avant du frein d'une plaque surélevée de quelques millimètres, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, aux bords nets. La surface est régulière, plus saillante sur une de ses parties.

Elle est recouverte d'un enduit uniformément blanchâtre sur une certaine étendue. Cet enduit est par ailleurs blanc-jaunâtre avec de petites stries légèrement hémorrhagiques et presque imperceptibles.

Quelques petits ganglions sous-maxillaires. Pas de symptômes douloureux en apparence, pas de salivation, pas de difficultés pour téter.

L'enfant est en effet nourri au sein ; il a toujours été pâle et est souvent constipé.

Il a eu ses deux incisives inférieures au commencement de décembre, actuellement elles sont très tranchantes.

A la naissance, le filet était très volumineux.

Antécédents héréditaires. — La mère a toujours eu la voix nasonnée, elle a eu un mal de gorge à la fin de janvier, et l'un de ses frères est traité depuis bien des années pour une affection nasale.

Elle a un autre enfant âgé de 2 ans, très en retard pour parler.

Traitement. — Attouchements à la teinture d'iode, deux fois par semaine.

Obs. 23. — COMBY, *Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôpit. de Paris*, N° 36, 12 décembre 1895.

Un petit garçon âgé de 9 mois, est amené à l'hôpital Trousseau vers la fin de novembre 1895, parce que sa mère, il y a quinze jours, a découvert une ulcération sous la langue.

C'est un enfant nourri au sein, bien portant, ne toussant pas, n'ayant jamais toussé. Les incisives médianes inférieures sont sorties, il y a deux mois et aujourd'hui elles présentent une couronne tranchante.

Au niveau du frein de la langue, on voit une surface blanc-jaunâtre, arrondie, de la largeur d'un pois, faisant saillie comme une plaque d'infiltration couenneuse de la muqueuse buccale.

Cette production est dure, calleuse, épidermoïde ; elle n'est pas douloureuse à la pression et ne saigne pas.

L'enfant n'a pas de quintes de toux, mais il a l'habitude de sortir la langue et de promener la face inférieure de cet organe sur le tranchant des incisives.

L'enfant ne paraît nullement gêné, ne souffre pas, l'ulcération ne fait aucun progrès.

Obs. 24. — COMBY, *Bull. Soc. clin. de Paris*, 1890, p 10.

Une petite fille de 11 mois est amenée par ses parents, le 9 décembre 1889, au Dispensaire de la Villette, parce qu'elle porte une petite ulcération récente de la face inférieure de la langue.

Cette ulcération est située un peu en avant du frein, sur la ligne médiane ; elle est arrondie et a le diamètre d'une lentille. Sa

surface est blanc-jaunâtre, sa profondeur minime. Quand l'enfant sort la langue l'ulcération répond exactement au bord supérieur des deux incisives médianes et inférieures. Ces deux dents sont particulièrement tranchantes, ce qu'il est facile de constater avec la pulpe de l'index. L'enfant, outre ces deux incisives inférieures, n'a que les deux incisives latérales supérieures.

Il y a huit jours, l'enfant a été prise d'un coryza aigu suivi de toux, c'est-à-dire de trachéo-bronchite. Quelques sibilances ont été entendues dans la poitrine, un vomitif fut administré. La toux, qui était modérée et n'avait nullement le caractère des quintes de toux de la coqueluche, dura trois jours.

Aujourd'hui, toux et râles ont disparu, le rhume est terminé et guéri. Il est impossible d'admettre qu'il se soit agi de coqueluche.

Obs. 25. — DELFOCO in RIGA. Di una malattia della prima Infanzia, probabilmente non trattata dai patologii. *Il movimento medico-chirurgicale*, 1881, p. 22.

Dans une famille du Caire (village de Canino), deux époux ont donné le jour à quatre fils.

Le premier de ces enfants vers le 8^e mois, a présenté une membrane blanchâtre entre la partie supérieure et la partie inférieure du frein de la langue.

De vif et florissant qu'il était, l'enfant devint faible, malade, pâle, cachectique. De jour en jour, il dépérissait et était en proie à une diarrhée terrible. Il mourut à 21 mois.

Chez le second enfant, une fausse membrane semblable apparut vers le 9^e mois, occupant la pointe et le frein de la langue.

L'enfant succomba à 14 mois.

Chez le troisième enfant, la même maladie se manifesta vers l'âge de 11 mois; le petit malade succomba vers son 17^e mois.

Ce dernier est le seul que j'ai vu et soigné, les renseignements concernant les deux autres m'ont été fournis par les parents.

Enfin le quatrième fils, âgé de 6 mois, n'a encore présenté aucune trace de cette fausse membrane, mais ses parents vivent

dans un état d'anxiété perpétuelle, à la pensée que leur dernier enfant pourra succomber à la même maladie.

Obs. 26. — CAPPUCCIO, L'allattamento paradosso nella genes idella malettia di Riga, o produzione sottolinguale, *Rivista di clinica Pediatrica*, Maggio, 1904, fasc. 5, p. 837.

Francesio G . . . âgé d'un an, est né à terme, pâle et chétif, mais ne présente rien du côté de ses antécédents héréditaires.

La mère, paysanne robuste, a déjà mis au monde six enfants, tous élevés au sein et devenus florissants et vigoureux. Mais l'enfant en question, élevé au sein maternel également, poussa rapidement jusqu'au 10^e mois, époque à laquelle il eut une rougeole dont l'évolution fut régulière.

Cependant, lorsque la fièvre tomba, au début de la convalescence, il présenta des symptômes d'entérite d'abord légers, puis progressant rapidement, avec vomissements et diarrhée profuse, séreuse, contenant des filaments muqueux verdâtres et des grumeaux de caséine.

La maladie céda seulement peu à peu et se prolongea plus d'un mois; l'état général de l'enfant en souffrit fort.

Les premières incisives commençaient déjà à percer vers la fin du 7^e mois.

Quand j'examine l'enfant pour la première fois, il a l'aspect souffreteux, les muqueuses pâles, il est dans un état de dénutrition marquée, la peau se laisse soulever en larges plis, elle est sèche et rugueuse.

Les muscles sont flasques, tombant, l'abdomen gonflé et météorisé.

Il est dans un état de misère organique qui, d'après l'aveu de sa mère, remonte à sa rougeole. Pas d'adénopathie, pas d'hydrocéphalie, aucun signe de syphilis héréditaire.

Depuis plus d'un mois, la mère s'est aperçue d'une modification dans la façon dont l'enfant prend le sein. Au moment où il prend le mamelon, il a un mouvement brusque comme si quelque douleur

le provoquait ; il s'attaque avec une sorte de colère au mamelon, puis lâche tout à coup prise, pour revenir au sein avec de nouveaux mouvements rageurs, désordonnés et avides. La mère, mise ainsi en garde, découvre au-dessous de la langue, immédiatement en avant de l'insertion du frein, un relief blanchâtre, perlé, disposé transversalement, rappelant vaguement une pelure de haricot aplati.

Actuellement la muqueuse buccale est rouge, surtout le long des bords des gencives qui sont tuméfiés et sur les bords de la langue.

Les incisives inférieures sont déjà suffisamment sorties, petites, droites, très serrées, alignées sur le même plan.

Les incisives supérieures n'ont que très peu percé la muqueuse.

Sur la partie inférieure de la langue, près de sa pointe, on remarque une excroissance aplatie réniforme, qui embrasse l'insertion du frein sur lequel elle empiète en partie ; son aspect est blanc perlé.

La mère assure que dès les premiers symptômes de l'entérite, l'enfant s'est allaité d'une façon tout à fait désordonnée.

Pendant la nuit, il restait attaché au sein en permanence, pendant le jour les suctions se succédaient à court intervalle.

L'enfant avait l'air d'un affamé, et la mère ne sentait plus comme auparavant la montée laiteuse. En effet, les mamelles sont à présent flasques et flétries. Au moment où l'enfant prend le sein, il a une série de mouvements rapides désordonnés, dans les lèvres et dans les joues ; on a l'impression d'un effort qui s'exécute péniblement, puis suit une période de calme comme s'il n'y avait plus tant de difficulté à vider la mamelle.

Pourtant de temps en temps, il reprend de nouveau le sein avec des mouvements brusques accélérés fatigants, comme s'il tirait à vide. La succion dure plus de 20 minutes. Si l'on écarte un peu avec le doigt la lèvre inférieure, pour surprendre la position de la langue, il accélère rageusement la succion et étreint plus fortement le mamelon, sur laquelle sa mère sent la pression douloureuse du tranchant des incisives.

On n'a pu évaluer la quantité de lait prise à chaque tétée.

On recommande à la mère de mieux régler l'allaitement en espaçant les tétées.

On cherche à améliorer l'état digestif. Au début il fut difficile de vaincre la rébellion opposée par le petit malade. Mais peu à peu on réussit à introduire plus de méthode dans l'alimentation.

Les selles s'améliorent, la nutrition se relève, et l'enfant a meilleur aspect. On lui donne du lait de chèvre et quelques bouillies.

La production sublinguale qui avait déjà gagné le frein, regresse peu à peu jusqu'à disparition complète, qui survient au bout de trois mois.

Obs. 27. — FEDE, *Rivista di Clinica pediatrica*. Vol. 1, fasc. 8, août 1903.

Vicenzina L., et son petit frère que j'ai présentés tous les deux à l'Académie médico-chirurgicale de Naples...

La première était un cas tellement grave qu'elle paraissait certainement vouée à la mort et elle ne pouvait arriver à se débarrasser de la production, qui guérit toute seule après l'extraction des dents.

Le second bien nourri, florissant, ayant une abondante alimentation maternelle, vit sa tumeur disparaître très lentement, entretenue qu'elle était par le frottement des dents et sans que le lait maternel y fut pour quelque chose.

Obs. 28. — FEDE, *Rivista di Clinica pediatrica*. Vol. 1, fasc. 8, août 1903.

Un enfant se trouvait dans un état très grave, pâle, en état de dénutrition, amaigri, avec des selles de mauvais aspect, une rate un peu augmentée de volume. Au lieu de la production sublinguale ordinaire sur le frein, il avait de côté vers la pointe de la langue une petite excroissance comme une petite lentille avec une ulcération notable, profonde au milieu, qui répondait à l'extrémité droite de l'incisive inférieure droite et qui pouvait être considérée comme une ulcération hyperplastique de dentition.

CONCLUSIONS

1. — La maladie de Riga, mieux appelée production sublinguale, relève de causes assez obscures : elle se produit chez quelques jeunes enfants et est particulièrement fréquente dans le sud de l'Italie.

Elle semble le plus souvent due aux traumatismes légers mais répétés, que le frein de la langue subit de la part des incisives inférieures, soit dans la toux, soit dans une succion difficile ; soit parce que l'enfant maintient sa langue hors de sa bouche. Mais le traumatisme paraît dans quelques cas une explication insuffisante. Nulle autre explication satisfaisante n'a encore été trouvée.

2. — Cliniquement la production sublinguale apparaît comme une petite tumeur exulcérée, siégeant sur le frein de la langue, de forme arrondie, du volume moyen d'un pois, de consistance dure, et recouverte d'une fausse membrane blanchâtre ; elle constitue une lésion purement locale, et ne provoque par elle-même aucun trouble de la santé générale.

3. — Anatomiquement, il s'agit d'un simple papillome avec prolifération du derme et de l'épithélium, qui sont partiellement infiltrés de cellules migratrices, parfois d'éléments éosinophiles.

Dans le chorion de la tumeur apparaissent des cellules conjonctives fermes en assez grande abondance.

4. — Le traitement en est fort simple, la production sublinguale a une tendance à la guérison spontanée, mais au bout d'un temps assez long, on hâtera la guérison, soit par des applications caustiques, soit plutôt en excisant la tumeur, ou en arrachant les incisives en rapport avec elles, et qui sont fréquemment la cause de la maladie.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu :
Le Président de thèse,
KIRMISSON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abetti. Die Riga. Fedesche Krankheit; klinische und histologische kerbachungen. *Jahrbuch für kinderheilkunde*. Berlin, 1909, LXIX, p. 203-212.
- Audard. La maladie de Riga. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, XX, p. 49.
- Audry. Un cas de maladie de Riga. *Bull. Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 1902, II, 129.
- Berti. Supra ad un caso di malattia di Riga. *Bull. di Soc. med. di Bologna*, 1903, p. 216-220.
- Brun. La maladie de Riga. *Presse médicale*, 1895, p. 25.
- Cauffmann. Die Rigasche Krankheit. Inaug. Diss., Aug. 1902.
- Callari. Sulla produzione sottolinguale o malattia del Riga. *La Pediatría*, 1900, n° 5.
- Cappuccio. L'allattamento paradossso nella genesi della malattia di Riga o produzione sottolinguale. *Rivista di Clinica Pediatrica*, 1904, fasc. 5.
- Comby. Sur un cas de la maladie de Riga. *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 15 fév. 1890, p. 10.
- Communication à la *Société méd. des hôp.*, 6 décembre 1895.
- Ulcération sublinguale et subglossite diphtéroïde indépendante de la coqueluche. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 déc. 1895, p. 809.
- Subglossite diphtéroïde. *Traité des maladies de l'enfance*, par GRANCHER, COMBY et MARFAN, 1897, t. II.
- Concetti. Sulla produzione sottolinguale dell' enfangia. *Atti del II Congresso Napoli*. 1891.
- Chiarello. Intorno alla malattia della prima infanzia trattata per prima dall dott. Antonio Riga, *Moviment. med. chir.*, 1881.
- Seconda contribuzione alla conoscenza della malattia di Riga. *Mov. med. chir.*, Napoli, 1882.

- Cruchet et Leuret. Nouveau cas d'exulcération sublinguale (maladie de Riga) avec autopsie. *Arch. de méd. des enf.*, Paris, 1909, XII, p. 195-200.
- Del Monaco. Incisione di siero antidifterico in un caso de afta cachettica seguita da guarigione. *Gazz. degli ospedali e delle cliniche*, 1903, n° 14.
- Deutsch. Die Rigasche Krankheit. *Arch. für Kinderheilkunde*. Stuttg., 1905, XL, p. 168-174.
- Dufournier. La maladie de Riga, *Presse médicale*, 2, III, 1895, p. 80.
- Fede. Della produzione sottolinguale. *Atti del I Congresso pediatrico italiano*. Napoli, 1891.
- Della produz. sottol., *II Cong. ped.* Napoli, 1892.
- Sulla cause della produz. sottol. *Rivista di clinica Pediatrica*, 1903, n° 8.
- Fedele. Contribuzione clinica alla produzione sottol. o morbo del Riga. *La Pediatria*, 1900.
- Intorno alla produz. sottol. *La Pediatria*, 1904, n° 1.
- Frizzoni. Un caso de produzione sottolinguale con abbondante accumulo di cellule eosinofile fra gli elementi del tumore. *Lo Sperimentale*, 1903, n° 2.
- Israel. Sulla Malattia di Fede o produzione sottolinguale. *La Pediatria*, 1901, n° 12.
- Gaspardi e Santi Su di un caso di morbo di Riga curato col siero antidifterico. *Gazz. degli Ospedali e delle cliniche*, 1900, n° 150.
- Gazzoti. Morbo di Riga. *Gazz. di Osp.*, 1899, n° 139.
- Giannelli e Memmi. Contributio clinico alla produz. sottoling. o morbo del Riga. *La Pediatria*, 1900, n° 4.
- Guida. La malattia di riga o produz. sottol. *Archivio di patologia e clinica infantile*, 1902, n°s 2-3.
- Lombardi. Produz. sottolinguale. *Atti dell' XI Congr. med. Internaz.*, 1894, vol. III, *Pediatria*, p. 116.
- Meynier. Un caso di produz. sottol. *Giorn. della riv. acad. med. di Torino*, 1903, n° 1.
- Sopra un nuovo caso di produzione sottol. con abbondante eosinophilia nel tumore. *Rivista di clinica Pediatrica*, 1904, n° 2.
- Mouchet. Maladie de Riga. *Gazette des Hôpitaux*, 1905.
- Orta. Intorno al morbo di Riga. *Archivio di Patologia e clinica infantile*, 1903, n° 1.
- Pandolfi. Sul fibroma sublinguale. *Atti del accad. med. chir.* Napoli, 1875.

Pianese. Ricerche cliniche et bacteriologiche sulla cosiddetta malattia del Riga. *La Riforma Medica*, 1892, n° 53.

Pironneau. Sur un cas de la maladie de Riga. *Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1910.

Plessi. La produz. sottol. nei bambini. *La Pediatria*, 1904, n° 12.

Rega. A proposito del morbo di Riga. *Gazz. degli Ospedali e delle cliniche*, 1900, n° 21, p. 224.

Riga. Di una malattia della prima infanzia probabilmente non trattata dai Patologi. *Il Movimento medico-chirurgico*, 1881, n° 1.

Rosi. Malattia de Riga. *Gazz. medica lombarda*, 1900, n° 37.

Sangiovanni. Un caso di afta cachettica guarito durante la differite. *Gaz. degli Ospedali e delle cliniche*, 1899, n° 130.

Vincenzo. Sulla curabilità del funghetto sottolinguale. *Suppl. al Policl. clin.* Roma, 1901.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Définition. — Historique.....	7
CHAPITRE II. — Etiologie.....	10
CHAPITRE III. — Pathogénie.....	14
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	22
CHAPITRE V. — Sémiologie.....	25
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	34
CHAPITRE VII. — Traitement.....	37
OBSERVATIONS.....	43
CONCLUSIONS.....	83
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	85
